TRATTATO CLINICO PRATICO
DELLE
MALATTIE MENTALI

TRATTATO CLINICO PRATICO

DELLE

MALATTIE MENTALI

AD USO DEI MEDICI E DEGLI STUDENTI

DEL

DOTT. R. v. KRAFFT-EBING

PROFESSORE DI PSICHIATRIA NELL'UNIVERSITÀ DI GRAZ

TRADUZIONE

SULLA SECONDA EDIZIONE TEDESCA

DEI DOTTORI

SILVIO TONNINI E GIUSEPPE AMADEI

VOLUME PRIMO

PATOLOGIA E TERAPIA GENERALI

DELLA PAZZIA

ROMA TORINO FIRENZE

FRATELLI BOCCA LIBRAI DI S. M.

1885 _ 88

AI SUOI AMICI

CARLO PELMAN E ENRICO SCHÜLE

L'AUTORE

PREFAZIONE DELL' AUTORE

ALLA TRADUZIONE ITALIANA

La presente opera, tradotta nella lingua di Dante sulla seconda edizione dell'originale per la cortese iniziativa degli egregi colleghi Tonnini e Amadei, ha lo scopo di orientare lo studente ed il medico nel campo clinico di una scienza, la cui alta importanza per la società umana e per una serie di altre scienze è al disopra di ogni dubbio.

Questo trattato offre al lettore l'esperienza acquistata da venti anni al letto del malato, oltre a quella che la psichiatria scientifica potè conquistare dietro la paziente ed accurata ricerca dei medici degli ultimi decenni e di tutti i paesi.

L'opera è basata sulla clinica, associata al maggior numero possibile di ricerche patologiche ed anatomiche. Sventuratamente l'attuale stato della scienza nostra riguardo alle alterazioni anatomiche nel cervello dei pazzi, non basta nè a farci raggiungere una classificazione corrispondente delle malattie psichiche, nè all'intelligenza delle stesse al letto del malato.

Per essere in consonanza collo scopo didattico di questo libro, fu messa una gran cura acciocchè l'esposizione almeno dei quadri morbosi tipici riuscisse nel miglior modo possibile esatta e nettamente delineata. La clinica non può d'altra parte delineare i molteplici stati di passaggio e le forme miste di quei quadri tipici.

Come aiuto allo studio clinico possono valere le storie cliniche intercalate nel testo. Queste sono scelte fra un materiale di circa quattro mila casi di osservazione propria, con speciale riguardo alle esigenze dello studente, del pratico e del perito.

Col trattato e colle storie nessuno potrà certamente divenire alienista pratico; la storia di un malato offre soltanto un tenue contributo a ciò che si è visto ed osservato di proprio. Il valore di essa non può tuttavia esser messo in dubbio in una scienza descrittiva quale è la psichiatria speciale.

Soltanto dietro un'accurata descrizione di ciò che si è osservato clinicamente, può ottenersi un aggruppamento esatto dei sintomi necessari a costruire una vera ed empirica entità morbosa nella patologia speciale e può essere aperta la via all'intelligenza dei fatti ed aversi la chiarezza per mezzo di una nomenclatura psichiatrica generalmente accettata.

Che al giorno d'oggi si sia ancor lontani da questa meta, che le entità morbose e le classificazioni siano dogmatiche, individuali ed imperfette, che invece di termini chiari e comunemente valevoli vi sia una vera confusione nel linguaggio scientifico può vederlo ogni persona perspicace.

Una comprensione scientificamente soddisfacente dei fenomeni morbosi è nel campo psichiatrico un problema faticoso, forse non meno difficile della ricerca microscopica delle alterazioni cerebrali *post mortem*. Essa deve essere basata sopra un'esatta anamnesi, cui tanto il medico alienista che l'intelligente profano debbono contribuire, sull'instancabile osservazione obbiettiva giornaliera e sull'accurata descrizione di una quantità di sintomi, parte psichici parte somatici, tanto soggetti a cambiare nella durata complessiva di una malattia che può abbracciare persino un decennio.

È indispensabile, quando si istituisce il così detto stato presente, che l'anamnesi sia completa, la patogenesi indagata e che lo stato morboso descritto sia corredato da tutti i suoi rapporti psichici e somatici. Nelle forme a decorso cronico, l'esame dev'essere rinnovato spesso, il che ad esempio si rivela opportunissimo nei melanconici e nei paranoici pei loro stati intercorrenti di agitazione.

Nei guariti non si ommetterà mai di ricostruire lo stato retrospettivo. Questo chiarisce la patogenesi e l'etiologia e serve di controllo alla maggior o minor giustezza dell'osservazione fatta.

Segnatamente nei convalescenti questo stato retrospettivo acquista una grande importanza scientifica,

che si eleva al massimo grado quando il convalescente è in istato di dare una appropriata descrizione di quanto gli passò pel capo durante la malattia.

Possa quest'opera trovare degli amici anche al di là delle Alpi, là dove da ben cinque secoli furono costruiti degli asili pei più infelici fra i malati ed ove di recente la psichiatria ha ricevuto un così splendido impulso.

Graz, settembre 1884.

L'AUTORE.

PREFAZIONE DEI TRADUTTORI

Avevamo incominciato, a scopo di studio, una traduzione del *Trattato* del Krafft-Ebing, quando sollecitati dal consiglio di qualche benevolo e dal desiderio di far cosa utile e gradita a molti colleghi e al numero più grande di quelli che cercano un buon libro che fornisca e chiarisca loro le idee necessarie ai loro studi e alle loro professioni, abbiamo divisato di darla alle stampe.

Noi abbiamo fiducia che il pubblico medico, i legali, che troppo spesso si trovan di fronte problemi di psichiatria, e gli studenti faranno buon viso al trattato che uno dei più distinti alienisti tedeschi ha con saggio criterio dedicato ad essi. La Germania è indubitatamente a capo della coltura scientifica odierna. E nella nostra, fors'anche più che in altra disciplina, nessuno può dir di sapere quanto deve se non conosce quel che insegnano i maestri tedeschi. Nessun libro poi può oggi meglio rispondere a questo bisogno del

Trattato di Krafft, nella sua forma sobria e nitida, nella sua base positiva e pratica insuperato, che noi, senza l'aggiunta di facili note, abbiam voluto presentare al lettore nella sua completa integrità. Altri, come l'Emminghaus e lo Schüle, son per gli scienziati soli e non pei molti cui le traduzioni sono utili, o, come il Leidesdorf, troppo male rappresentano il pensiero e la scienza d'Alemagna. Questo trattato invece, pei suoi caratteri speciali, è lontano così dalle astruserie difficili di alcuni come dai formalismi facili di altri, ed è tale da accomodarsi meglio al pensiero nazionale nostro; e ci auguriamo che valga ad avvicinare la vita scientifica italiana, in tutti i cultori della psichiatria, alla tedesca più di quello che per avventura non comportino le tradizioni sue, ma con notevole suo vantaggio.

Venga ora poi chi, al sapere e al sistema straniero meglio adattando il genio nazionale e la sua storia, faccia opera aspettata e augurata da tutti. Noi le prepariamo forse coll'indirizzo scientifico che questo libro segna nettamente, i lettori italiani, e ne affrettiamo col desiderio il compimento.

Settembre 1884.

Silvio Tonnini.

Giuseppe Amadei.

SEZIONE PRIMA

Introduzione allo studio della psichiatria.

CAPITOLO I

—

L'organo dell'attività psichica.

La psichiatria si occupa di indagare le condizioni ed i fenomeni, pei quali si rendono manifeste le deviazioni delle funzioni psichiche dalla norma e di indicare quei mezzi che possono ricondurre le disturbate funzioni al loro stato normale.

La questione che innanzi tutto ci si presenta riguarda la natura delle funzioni psichiche. In tempi non molto lontani da noi fu ritenuta una questione cardinale; ma oggi, dal momento che si considera la psichiatria come una scienza naturale col metodo empirico d'osservazione, sembra accessoria, quantunque sia destinata a non perdere mai il suo significato generale nella vita civile e nell'opinione universale degli uomini. Fatti innumerevoli forniti dalla nostra coscienza e dall'esperienza dimostrano l'intimo rapporto e la mutua influenza tra la sfera puramente vegetativa e la psichica.

Una spiegazione, che in generale soddisfi, sulla natura complessa delle funzioni psichiche, non ce la può dare nè la dottrina materialistica nè la spiritualistica. Resta sempre un grande enigma l'intendere sia come il pensiero debba formarsi senza un substrato materiale, sia come la materia dia luogo al processo mentale.

Considerata ed osservata scientificamente, l'*anima*, come espressione sintetica di tutti i processi psichici, non può possedere che un significato fenomenico. I processi psichici esistono per noi soltanto in un rapporto assai ristretto con quelli del corpo. Noi siamo indotti, abbandonando ogni speculazione aprioristica, a considerarli come processi funzionali, come fenomeni della vita, durante l'esistenza temporanea dell'individuo.

Non pronunziamo nessun giudizio sulla natura intima, sulla condizione fondamentale di questi fenomeni: noi li facciamo semplicemente oggetto della nostra osservazione, indaghiamo le leggi secondo le quali si manifestano, precisamente come fa il fisico, il quale non si perde ad investigare a fondo i fenomeni e le leggi del galvanismo, quantunque interrogato da noi sulla natura intima e sulla ragione dell'azione di contatto di due metalli differenti riuniti da un conduttore umido, debba rinunziare ad una risposta o fare una ipotesi. Spetta alla «metafisica» l'andare in cerca della natura di un'anima immateriale, indipendente dall'organo, pel quale essa si manifesti, e di cercare, sofisticare sulla sua esistenza fuori del corpo. Per noi, nel dominio dell'osservazione scientifica, esiste l'anima, ma solo in quanto possiamo riconoscere coi sensi la sua attività, e quindi essa ci appare soltanto come un fenomeno della vita umana.

Se poi l'anima sopravviva al corpo, è questione che si sottrae al dominio d'una scienza fondata sull'osservazione ed appartiene a quello della speculazione e della fede.

Il concetto scientifico dell'anima, considerata come un fenomeno funzionale durante l'esistenza individuale, ci conduce na-

turalmente a domandare in quale organo del corpo essa abbia sede.

La risposta ad un tale quesito spetta assolutamente alla sfera dell'osservazione scientifica. Con certezza si può affermare che soltanto il cervello può essere l'organo delle attività psichiche, il luogo dove si formano (1). Ciò è dimostrato dapprima dall'esperienza individuale e dall'osservazione di sè stesso, in quanto che il processo del pensiero non sfugge interamente ad un substrato organico, ed è accompagnato da sensazioni debolissime nel cervello. Queste modificazioni che in generale noi avvertiamo internamente come una sensazione ora di facile ora di difficile formazione delle nostre operazioni mentali, nel senso della più o meno facile formazione dei nostri pensieri durante le nostre leggere od intense operazioni mentali, e che ci forniscono una idea approssimativa della sede e del modo della loro formazione, sono una prova evidente che i processi psichici si accompagnano a modificazioni materiali.

Quando l'attività mentale fu troppo intensa od a lungo protratta, insorgono sensazioni molto distinte, fenomeni decisamente morbosi nelle funzioni sensorie o sensitive in forma di insonnia, di iperestesia degli organi di senso, di cefalea, di vertigini, di maggiore sensibilità nel carattere, di eccitabilità, di malessere; il carattere diventa più sensibile, irritabile, si nota malessere e spossatezza.

Questi fenomeni di stanchezza non sono altro che la espressione di un maggior consumo nei substrati materiali che presiedono ai processi mentali, e nello stesso tempo di una insufficiente riparazione, giacchè essi scompaiono allorchè la sproporzione fra il consumo ed il riparo delle forze vitali viene tolta col riposo e specialmente col sonno.

L'aumento dei fosfati nell'urina durante l'attività psichica, cioè durante il consumo della sostanza nervosa, la loro diminuzione nel sonno, mostrano in modo positivo l'intimo nesso

(1) EXNER, *Hermann's Handbuch der Physiologie*, Bd. II, Thl. II, p. 192.

dei processi psichici, come funzioni del cervello, coi processi materiali.

Anche la coscienza generale degli individui, come si dice volgarmente, prova che i processi psichici si formano nel cervello. È singolare però che solo le funzioni attribuite all'intelligenza vengano poste dalla coscienza popolare nella testa, mentre certi processi psichici, che noi denominiamo moti affettivi e che ascriviamo al sentimento (*Gemüth*) sieno riferiti ad altre parti del corpo.

Noi parliamo d'un cuore tenero, duro, diciamo: il cuore si riempie di gioia, questa notizia ci trafisse il cuore e simili. In queste espressioni figurate, poetiche riconosciamo la ragione per la localizzazione dei processi affettivi in un organo extracranico. Essa consiste in ciò, che questi moti affettivi sogliono accompagnarsi a vive sensazioni in certi organi (cuore) e che secondo la qualità del movimento psichico, vi si collegano speciali sensazioni di oppressione o di un grande sollievo nei precordii. Qui si tratta invece di sensazioni eccentriche lungo le vie del vago e dei nervi simpatici, il cui punto di origine, a somiglianza di quello dei movimenti psichici che le determinano, è senza dubbio il cervello, mentre il profano confonde semplicemente il luogo della sensazione con quello della sua origine.

Ma più di questi fatti della coscienza individuale e generale un'importanza maggiore la posseggono i risultati delle ricerche anatomiche e degli esperimenti sulle funzioni del sistema nervoso centrale.

Esaminando la struttura di questo, dalla coda equina fino agli emisferi cerebrali, si riconosce che diventa sempre più ricca e complicata, mentre l'esperimento fisiologico delle singole porzioni dell'organo centrale dimostra, che la complicazione della struttura corre perfettamente parallela alla maggiore altezza e varietà della funzione fisiologica. Noi sappiamo che il midollo spinale serve solo ai processi di conduzione ed alla produzione dei semplici riflessi. A ciò è sufficiente la dispo-

sizione dell'organo, formato da fibre conduttrici e da una sostanza grigia centrale.

Nel midollo allungato i fasci di fibre divengono più complicati, la sostanza grigia si fa più abbondante e di più è sparsa qua e là. Corrispondenti a ciò sono le funzioni infinitamente più complicate di quelle del midollo spinale; non si tratta più semplicemente di processi riflessi e di conduzione, ma di centri dei nervi sensoriali, di importanti centri automatici del respiro, del circolo, dell'innervazione vascolare.

Nel cervello infine la struttura è ancora più variabile, più complicata. La sostanza grigia apparisce qua e là in quantità considerevole, anzi uno strato abbondante di sostanza grigia, che noi cerchiamo invano, per parlare dell'analogia morfologica, in altre provincie del sistema nervoso centrale, veste l'intera superficie del cervello.

Dal già detto fin quì noi possiamo a questa struttura più complicata ascrivere funzioni più elevate e più complicate.

Se poi ci rivolgiamo alla fisiologia per conoscere le funzioni di questa parte del cervello, non otteniamo una risposta che ci appaghi interamente, ma però sufficiente a rispondere al quesito posto.

La fisiologia sperimentale ha soltanto gli animali per oggetto, e la struttura come le funzioni del cervello degli animali sono così profondamente differenti da quelle dell'uomo, che è appena possibile di istituire dei confronti e delle induzioni, senza tener conto poi che l'animale non può darci alcuna notizia sulle modificazioni della sua coscienza, le quali forse vengono prodotte durante una vivisezione.

Intanto dalle ricerche fisiologiche (Flourens (1), Vulpian, Schiff, ecc.) risulta che la sede dei processi psichici coscienti sono in ogni caso gli emisferi e non i gangli della base.

A conclusioni affatto simili giungono la psicofisica e la psicologia empirica, poichè esse insegnano che tutto l'edificio

(1) Flourens (*Recherches sur les fonctions du système nerv.* 2ª ed. 1842) vide che l'ablazione degli emisferi cerebrali negli animali produceva perdita delle facoltà di percepire, giudicare, conchiudere e volere.

della vita psichica è basato sulle impressioni sensoriali e sulle rappresentazioni sensitive che ne derivano, le quali a poco a poco si mescolano fra di loro e vengono elevate a rappresentazioni generali, non più dipendenti dalla fonte sensoriale originaria, a giudizi, ad idee.

Senza dubbio il luogo dove si formano queste rappresentazioni sensoriali elementari può trovarsi solo là dove i nervi di senso penetrano nell'organo centrale, e per conseguenza nel cervello.

Da questi fatti, ai quali si potrebbero aggiungere, togliendoli dal dominio della chirurgia e della medicina, quelli sugli effetti delle lesioni al capo, delle commozioni cerebrali, delle apoplessie e di altre malattie, risulta con certezza che l'organo del processo psichico può essere solo il cervello.

Con questa opinione si trova in una evidente contraddizione quella di Pflüger, il quale credeva che al midollo spinale si dovesse attribuire non solo funzioni di conduzione e reflesse, ma anche funzioni sensoriali. Quest'opinione si fonda sui noti esperimenti della rana decapitata, la quale, in un modo chiaramente conforme allo scopo, epperciò in apparenza intenzionale, cerca di allontanare uno stimolo dalla cute d'una gamba, e tagliata la gamba si serve dell'altra rimasta per giungere allo stesso scopo.

Sull'esattezza di questo esperimento non cade dubbio, solo la sua interpretazione non può essere accettata. La conformità allo scopo d'un movimento non dimostra per sè l'intenzione e la coscienza. Anche nell'uomo si notano movimenti conformi ad uno scopo, i quali sono compiuti senza l'intenzione e la coscienza. Ciò che noi osserviamo in una rana decapitata non è altro che un movimento riflesso, la cui conformità allo scopo dipende semplicemente da ciò, che il processo di eccitamento avvenne sempre nelle stesse vie, le quali di più erano prestabilite dalla disposizione anatomica dei territorii relativi delle cellule gangliari (Goltz).

Qui sorge un'altra domanda, se tutto il cervello o solo alcune parti di esso sono, nel senso più stretto, la sede delle

funzioni psichiche, ben inteso però che, in un senso più lato, vi partecipano tutte le parti del sistema nervoso, quali apparecchi di conduzione.

Cercando di risolvere questa questione coll'aiuto dell'anatomia comparata e del peso comparativo del cervello, risulta dapprima che il peso assoluto del cervello non è affatto proporzionale all'altezza della capacità dello sviluppo psichico.

Ma anche l'altezza del peso relativo del cervello non dà nemmeno norma a misurare le funzioni psichiche, giacchè, confrontando i pesi, si trova che certi uccelli e certe piccole scimmie hanno il peso del cervello relativamente più alto di quello dell'uomo, mentre d'altra parte l'elefante, che fra tutti gli animali è il più intelligente, possiede il cervello che ha relativamente il peso più piccolo. Così pure R. Wagner ha osservato che un idiota di Gottinga aveva un peso relativo del cervello superiore a quello di Gauss, celebre matematico.

Quindi la potenza psichica non può essere fondata sul volume e sul peso del cervello, ma solo sullo sviluppo relativo delle singole parti del cervello fra di loro.

Alle ricerche d'anatomia comparata, già istituite da Giovanni Müller, dobbiamo il fatto, che realmente il rapporto relativo di volume, in cui stanno fra loro gli emisferi cerebrali ed i tubercoli quadrigemelli è importante. Nella rana per es. i tubercoli quadrigemelli sono le parti meglio sviluppate del cervello e superano di gran lunga in peso gli emisferi dai quali non sono in alcun modo coperti.

Nelle tartarughe gli emisferi, più sviluppati, raggiungono già i tubercoli quadrigemelli; nel pollo si portano fino al cervelletto e lo ricoprono in parte. Nel cane i tubercoli quadrigemelli, piuttosto piccoli, sono già coperti completamente dagli emisferi.

Così a misura che si sale nella serie degli animali s'incontra una diminuzione progressiva di sviluppo dei tubercoli quadrigemelli ed un aumento in quello degli emisferi. Meynert (1) ha trovato un'ulteriore conferma di questa legge.

(1) *Sitzungsberichte der Wiener Academie.* LX, 2. Abth., 1869.

È noto che ogni peduncolo cerebrale consta di una parte superiore, la così detta cuffia, e di una inferiore, il piede. Quella è una continuazione del peduncolo cerebrale in rapporto col mesocefalo (tubercoli quadrigemelli, talami ottici); questo si espande negli emisferi del cervello. È da aspettarsi dunque, che nel diverso sviluppo relativo delle parti corrispondenti del cervello, anche il rapporto della cuffia col piede sarà proporzionale, che ad un aumento degli emisferi corrisponderà un aumento di volume del piede, e ad un forte sviluppo dei corpi quadrigemelli, uno analogo della cuffia. Infatti dei tagli trasversali praticati in diversi cervelli d'organizzazione elevata mostrano a meraviglia queste differenze fra cuffia e piede.

Riesce quindi manifesto come lo sviluppo relativo degli emisferi li renda capaci di funzioni psichiche le più elevate, e come anzi generalmente lo sviluppo d'una parte del cervello stia in un rapporto proporzionale al significato fisiologico di essa nella specie rispettiva corrispondente. Ne sono una prova i grossi lobi olfattorii in certi animali, distinti per l'acutezza dell'olfatto, di fronte alla loro piccolezza nell'uomo, lo sviluppo relativamente considerevole dei corpi quadrigemelli negli uccelli, noti per la loro acutezza visiva.

Se poi ci domandiamo se tutti gli emisferi o solo una parte di essi sono la sede dei processi psichici, allora siamo portati tanto dalla fisiologia che dalla patologia a considerare la sostanza grigia corticale come sede della coscienza e dell'intelligenza. La fisiologia ci insegna, che dapertutto là dove vengono compiute delle funzioni specifiche nel sistema nervoso centrale, queste sono collegate a masse grigie cioè contraddistinte istologicamente dalla ricchezza in cellule gangliari, mentre le masse bianche, costituite da fibre nervose, servono esclusivamente ai processi di conduzione. Anche l'enorme quantità dei vasi sanguigni nella corteccia cerebrale dimostra l'alto significato fisiologico di questa parte. A conclusioni del tutto simili conducono le esperienze al letto degli infermi.

I disturbi psichici mancano in generale nelle alterazioni dei gangli cerebrali e della corona raggiata, indicate dalla fisiologia

come vie di conduzione, mentre ogniqualvolta avviene una modificazione anatomica della corteccia cerebrale in una grande estensione, le funzioni psichiche vengono disturbate. Con ciò trovasi in chiara contraddizione l'esperienza chirurgica, secondo la quale nei casi di estese lesioni, e perfino di distruzione di una intera metà del cervello (1), si mostrò intatta la vita psichica o tutto al più venne notata una maggiore esauribilità mentale.

Queste osservazioni non sono di molta importanza, se si considera che una esatta ricerca ed un confronto dell'attività psichica prima e dopo la lesione non ebbe luogo, ed ordinariamente bastò di constatare che l'individuo non era nè delirante, nè demente. Di più nelle parti intatte del cervello è straordinaria la proprietà di funzioni vicarie per le molte fibre d'associazione di cui è ricco il cervello. In fine questi casi dimostrerebbero soltanto, ciò che per altre ragioni è di già presumibile, che la funzione mentale nell'uomo può essere esercitata con una sola metà del cervello.

Anche qui è di nuovo l'anatomia comparata che permette di considerare ulteriormente sotto un aspetto importante l'organo misterioso, quale è appunto la corteccia cerebrale. Se si esamina e si paragona specialmente la superficie cerebrale dei diversi animali mammiferi con quella dell'uomo, si notano differenze morfologiche considerevoli (2). Quanto più si sale nella scala degli animali, oltre ad un discreto sviluppo degli emisferi si trova una ricchezza sempre maggiore di circonvoluzione e di solchi alla loro superficie. Così è dato di stabilire una serie non interrotta dai tipi più semplici fino ai più perfetti d'organizzazioni cerebrali progressive; nozione che venne data dal Gratiolet ed applicata con molto successo.

(1) Cf. la raccolta di tali casi di Longet (*Anatomie et Physiologie du système nerveux*, Paris 1842, Bd. 1); e Pitres, *Lésions du centre oval.* Paris 1877.

(2) Ecker, *Hirnwindungen des Menschen*, 1869; per lo studio della topografia della corteccia cerebrale si consultino: Huguenin, *Allg. Pathol. der Krankheiten des Nervensystems*, 1873; Exner, *Hermann's Handbuch der Physiologie;* Pansch, *Die Furchen und Wülste am Grosshirn des Menschen.* Berlin 1878.

I gradi più bassi dei mammiferi, nei quali cominciano ad apparire le circonvoluzioni, comprendono gli insettivori, i roditori, i pipistrelli ecc. In essi la formazione dei solchi si limita a quella della scissura Silviana. Nel lepre, nel castoro, ecc., si trova anche un solco longitudinale parallelo alla fessura degli emisferi. Nella volpe, nel cane, nel lupo decorrono in ciascun emisfero tre solchi in forma di arco attorno alla scissura di Silvio, per cui vengono formate quattro circonvoluzioni.

Anche nel feto umano la formazione dei solchi si presenta dapprima in questo modo, e siccome le circonvoluzioni che ne risultano costituiscono la base fondamentale del sistema delle circonvoluzioni in tutte le classi successive degli animali, così vennero chiamate circonvoluzioni primarie. Dall'elefante in su il cervello presenta un tipo più elevato, poichè vi si forma un grande solco che, pigliando origine dalla scissura interemisferica in corrispondenza della regione parietale, si estende fin verso la fossa del Silvio, e così taglia trasversalmente tutte le circonvoluzioni che vanno dalla regione frontale alla regione temporale del cervello, cioè a dire le circonvoluzioni primarie situate attorno alla fossa del Silvio. Questo solco è la scissura di Rolando, per la quale la corteccia cerebrale si divide in due nuove circonvoluzioni, la precentrale e la postcentrale. Nel cervello delle scimmie più elevate notansi ancora due nuovi solchi, la scissura occipitale, che è profonda, viene tagliata dalla scissura longitudinale, si porta sulla superficie del cervello verso l'esterno, descrivendo un arco con convessità posteriore e tronca quasi la punta occipitale degli emisferi, ed il *sulcus hyppocampi*, che è un solco più lungo, il quale con decorso obliquo si porta più verso l'indietro e più vicino alla punta occipitale.

La disposizione dei solchi nel cervello umano segue lo stesso schema come nelle scimmie e negli animali rapaci superiori. Solo vi si trovano ancora delle serie di diramazioni secondarie di questi solchi primarii, diverse a seconda degli individui,

ed i lobi frontali raggiungono un tale sviluppo come non si osserva in nessuna delle classi precedenti.

Se ora ci domandiamo il significato di questi solchi che, progredendo nella scala zoologica si trovano sempre più ricchi, la risposta non è difficile. Questi solchi sono dapertutto rivestiti dalla sostanza grigia, per essi la superficie cerebrale diventa più estesa, collo sviluppo più ricco di questi solchi il cervello è più ricco in sostanza grigia.

Siccome noi vediamo che con ciò corre paralella l'altezza dello sviluppo intellettuale, ne risulta da sè medesima la conclusione che lo strato corticale grigio è l'organo psichico e che dal suo volume, il quale alla sua volta dipende dalla ricchezza delle sue parti morfologiche, dipende l'altezza individuale della capacità funzionale psichica. Nello stesso tempo merita che si consideri che, quanto più si sale nella serie dello sviluppo degli animali vertebrati superiori, il cervello contiene una quantità percentuale sempre più grande di fosforo come di sostanze grasse, di una composizione straordinariamente complicata e di facile divisibilità, da cui si produce una somma considerevole di forza viva.

Il significato dei solchi come aumento della superficie cerebrale, il quale risulta dal confronto del cervello dei mammiferi con quello dell'uomo, è reso altresì manifesto considerando la morfologia comparata dei cervelli umani di razze diverse. Così l'antropologia insegna che, quanto più elevata è la razza, tanto più perfetta e più ricca di circonvoluzioni è la superficie cerebrale, e che le razze umane le più infime posseggono appena delle traccie di circonvoluzioni più che le scimmie antropoidi. Ciò si osserva anche negli individui della stessa razza, in quanto che lo sviluppo maggiore della psiche corrisponde ad una maggiore ricchezza in circonvoluzioni secondarie e terziarie specialmente nella regione frontale (1) del cervello.

(1) L'importanza predominante del lobo frontale si rivela fra le altre cose dall'aumento proporzionale della sua massa, man mano si sale la scala delle razze e degli individui; poi dalle ricerche di Meynert sul peso cerebrale dei pazzi, la cui diminuzione è prevalente nei lobi frontali.

Secondo recenti osservazioni è probabile che, *cæteris paribus*, un'asimmetria nelle circonvoluzioni omologhe degli emisferi dia luogo ad un'organizzazione psichica più elevata. Così anche la storia dello sviluppo insegna che nel neonato è imperfettissima la distinzione dei solchi e delle circonvoluzioni e, decorrendo di pari passo collo sviluppo successivo dell'intelligenza, raggiunge principalmente la sua completa perfezione nel 21° anno di età (1).

Noi impariamo a conoscere finalmente il significato delle circonvoluzioni in certi cervelli di idioti, nei quali fu riscontrato solo una grande scarsezza nelle circonvoluzioni cerebrali, un arresto di sviluppo di queste allo stato fetale come substrato della nullità psichica. La conoscenza della fina anatomia e della fisiologia del cervello ha fatto grandi progressi negli ultimi due decenni, in grazia alle ricerche degli anatomici e dei fisiologi che citeremo.

L'osservazione anatomo-patologica (2) rivela come substrato della vita mentale una quantità innumerevole di cellule gangliari (secondo Meynert sopra 600 milioni), le quali stanno unite fra di loro in guisa di gruppi per mezzo di fibre d'associazione e nello stesso tempo rappresentano un organo terminale pei nervi che vengono dalle più profonde sezioni dell'organo centrale e vanno agli organi del corpo.

Che le diverse sezioni del cervello corrispondano per regioni a diverse funzioni e che la *loi de suppléance* del Vulpian non sia più ammissibile, appariva già verosimile dai rapporti di struttura e di grandezza delle cellule gangliari in certi territori della corteccia cerebrale (Meynert). Già Betz (Centralbl. f. die med. Wiss. 1874, p. 578) ha dimostrato che analogamente alla

(1) Le belle ricerche di Flechsig insegnano del pari che lo sviluppo delle cellule gangliari e la formazione della guaina midollare si verificano solo dopo la nascita.

(2) Meynert, *Bau der Grosshirnrinde*, *Vierteljahrsschr. f. Psychiatrie*, 1867, H. 1; lo stesso nello *Striker's Lehre von d. Geweben* p. 703; Jahrb. f. *Psychiatrie* II, H 2 e 3, *Archiv. f. Psychiatrie* IV. Huguenin, *Allg. Pathol. d. Krankheiten des Nervensystems*, Zürich 1873. Wernicke, *Lehrb. der Gehirnkrankheiten*, Kassel 1881.

differenza di forma delle cellule dei corni anteriori e posteriori del midollo spinale, si trovano corrispondenti grandi cellule gangliari (Riesenzellen) sulla corteccia dei lobi frontali, piccole in quella dei lobi temporali e occipitali.

A ciò corrispondono le nuove ricerche (1) sul decorso delle fibre, che cioè le vie motorie si irradiano alla corteccia dei lobi frontali, le sensorie e quella degli occipitali. Una conferma di ciò furono le vivisezioni di Gudden, che dimostrarono una corrispondente atrofia nel dominio delle fibre lese, come pure i fatti registrati da Gudden di anatomia comparata.

Basandosi su questi risultati anatomici, da una parte la nuova fisiologia e patologia sperimentale (2), portando degli stimoli sulla corteccia cerebrale (Hitzig, Fritsch, Ferrier), con artificiale congelazioni di parti del cervello (Mitchell, Richardson, Walter), con esportazioni di masse corticali me-

(1) Meynert, *Striker's Handbuch der Lehre v. d. Geweben;* Flechsig, *Die Leitungsbahnen in Gehirn und Rükenmark*, 1876.

Le vie motorie volontarie si sprigionano dai campi corticali motori del lobo frontale. Esse, secondo Meynert, mettono capo al nucleo lenticolare e al nucleo caudato, secondo Flechsig invece passano per la capsula interna, decorrono nel piede del peduncolo cerebrale e guadagnano il lato opposto coll' incrociamento inferiore delle piramidi ed escono per le radici anteriori del midollo spinale.

Le vie motorie involontarie (riflesse) nascono nella corteccia, si collegano ai talami ottici e ai corpi quadrigemelli, decorrono nel *tegmentum* del peduncolo, non prendono parte all' incrociamento delle piramidi ed abbandonano il midollo spinale attraverso le radici anteriori di questo.

Le vie sensitive decorrono pel midollo nelle radici posteriori, costituiscono l' incrociamento superiore delle piramidi, decorrono nel piede del peduncolo cerebrale, non si fermano in alcun ganglio e vanno alla corteccia dei lobi occipitali.

Le vie dei nervi di senso, da quanto si è finora esperimentato, decorrono dagli organi di senso corrispondenti, lungo la cuffia dei peduncoli cerebrali fino ai corpi quadrigemini e ai talami ottici (gangli della cuffia, di Meynert) e di qui vanno alla corteccia.

(2) Fritsch e Hitzig nel *Reichert-Dubois 'Archiv*. 1870; Hitzig, *Untersuchungen über das Gehirn*, Berlin, 1874; Ferrier, *The functions of the brain* Munk, *Ueber die functionen der Gehirnrinde*, Berlin, 1881. Una buona esposizione di queste ricerche la dà Kussmaul, *Störungen der Sprache*, cap. 21. Dittmar, *Vorlesungen über Psychiatrie*, 1878, Vor. 2, 3; Charcot *Leçons sur les Localisations*, 1878; Exner, nell' *Hermann's Handb. d. Physiol.*

diante trapanazione e correnti d'acque (Goltz), con distruzioni chimiche (Nothnagel), con vivisezione (Munk e altri); dall'altra la medicina clinica collo studio dei disturbi funzionali e delle degenerazioni secondarie delle vie di conduzione in seguito ad affezioni della corteccia (Nothnagel, Luciani, Tamburini e altri), hanno fatto un considerevole progresso nella conoscenza delle funzioni della corteccia cerebrale. Se già da Broca era stata messa la base per la localizzazione del linguaggio, che apriva la via alle ricerche di equivalenti funzioni nelle regioni della corteccia, quelle che costituirono il maggior progresso furono appunto le dimostrazioni di Hitzig, Fritsch, Ferrier dei così detti campi corticali motori, e quelle speciali di Munk sui centri sensori, massime sull'ottico e sull'acustico.

Questi risultati son tuttavia da accettarsi *cum grano salis* per la fisiologia del cervello umano, inquantochè si son raggiunti operando sugli animali, dove la diffusione regionale delle lesioni è difficile a limitarsi e i fenomeni di irritazione e di infiammazione apportano complicazioni.

Le esperienze sugli animali han fatto conoscere i dintorni della scissura di Rolando come campi corticali motori (Giro centrale ant. e post. e lobulo paracentrale), inquantochè l'irritazione di certe zone di questi territori determina movimenti di dati gruppi muscolari (regioni del capo, arti anteriori, posteriori, occhi, orecchie, nuca, tronco), e la distruzione porta una abolizione dei movimenti volontari a cui esse presiedono. L'isola di Reil e i suoi prossimi dintorni (G. frontale inferiore e G. temporale superiore) corrispondono al campo corticale motorio del linguaggio in base alle esperienze patologiche del cervello umano. Mentre da principio si favoriva l'idea che questi centri corticali motori siano veramente i centri (psicomotori) dei movimenti volontari, Hitzig spiegava i disturbi motori provocati sperimentalmente colla perdita dell'intuizione dei movimenti, Nothnagel coi disturbi del senso muscolare, Schiff con quelli della sensibilità cutanea; ora invece Munk porta in campo la natura puramente sensoria di questi territorii corti-

cali e stabilisce il teorema che la corteccia cerebrale è la sede delle percezioni e delle idee, la sede della volontà e dei movimenti volontari sottraendosi ad una fisiologica localizzazione. Cause dei movimenti volontari sono soltanto le idee di movimento, che provocano i corrispondenti movimenti quando riescono di sufficiente stimolo, determinandosi invece un arresto di essi in caso diverso. La mancanza dei movimenti volontari dopo l'estirpazione di certe zone corticali viene spiegata da questo sperimentatore per la perdita delle idee sensorie e motorie corrispondenti (*Seelenlähmung*, cioè *Seelengefühllosigkeit* e *Seelenbewegunglosigkeit*).

Infatti Munk fornì la prova che i così detti campi corticali motori sono stazioni centrali di senso (senso di contatto, di pressione, senso muscolare colle loro rappresentazioni locali) dalle quali, basate sulle sensazioni, scaturiscono le idee di movimento e di contatto; che l'ablazione dei suddetti centri corticali conduce sempre alla perdita di queste ultime e che anzi una lesione diffusa conduce a perdita permanente di tutte le sensazioni e di tutte le rappresentazioni sensitive (paralisi corticale, mancanza corticale di movimenti e mancanza di sensazioni).

Piene di importanza sono finalmente le dimostrazioni del Munk sui campi corticali sensori pei sensi della vista e dell'udito.

Mentre già Panizza, mediante distruzione di parti del cervello e dopo aver constatato atrofie secondarie in quelle dietro enucleazione del bulbo oculare nei cani, era giunto all'opinione che il centro visivo sia da localizzarsi nei pressi delle circonvoluzioni cerebrali posteriori, e Ferrier localizzava questo nei lobi occipitali e ricercava e rinveniva il centro acustico nei lobi temporali, Munk ravvisò queste zone come sedi delle immagini mnemoniche, ottiche ed acustiche e diede la prova sperimentale che la distruzione dei lobi occipitali, vicino al loro polo, apporta la cecità psichica delle impressioni che giungono all'occhio del lato opposto, e che la distruzione

del lobo temporale vicino alla sua punta apporta la sordità psichica.

Gli animali operati vedevano e sentivano ancora, ma non appercepivano, vale a dire al loro vedere e sentire non si collegava alcuna delle precedenti immagini mnemoniche. Gli animali non ricavavano alcuna conclusione dalle loro impressioni ottiche od acustiche, che per essi erano inintelligibili. Essi erano ritornati in uno stato come di neonati, erano disorientati, istupiditi, non sì tosto i centri di entrambi gli emisferi erano lesi, o che dopo lesione unilaterale veniva bendato l'occhio intatto o chiuso l'orecchio sano. Se l'estirpazione era diffusa si stabiliva tosto rispettiva cecità e sordità (corticali).

Al centro dell'olfatto e del gusto corrisponde, secondo Ferrier, la punta del lobo temporale (Giro uncinato). Infatti negli animali che han più sviluppato il senso dell'olfatto (cani, gatti), questa regione raggiunge uno speciale sviluppo. Munk, le cui osservazioni meritano gran fiducia, ritiene per centro olfattivo la corteccia del giro d'ippocampo, in quanto che le connessioni anatomiche parlano per ciò, e perchè in un caso di atrofia di entrambi i giri d'ippocampo in un cane, mancava il senso dell'olfatto.

Il centro per la sensibilità generale e la sessuale sono ancora disputabili. Ferrier pone quest'ultima nelle vicinanze del centro olfattivo, pel che d'altronde parlano certi fatti fisiologici e patologici negli animali e nell'uomo.

È dopo ciò indubitato, che i processi elementari della percezione ed il movimento sono collegati a determinati territorii corticali, ma tutto parla altresì per ciò, che i più complicati processi del pensiero, del giudizio, del ragionamento, della volontà esistono dipendenti dall'assieme di una grande serie di processi elementari.

Circoscritte lesioni della corteccia determinano soltanto fenomeni di decadenza di corrispondenti immagini mnemoniche (cecità, sordità, paralisi psichiche). L'intelligenza è l'espressione e la risultante di tutte le idee che nascono dalle percezioni sensorie (Munk). È perciò assurdo il considerare ragione,

sentimento, volontà, come particolari facoltà dell'anima, come pure il trarne le localizzazioni a modo dei frenologi, poichè la vita psichica è una e indivisibile. I singoli territorii vengono poi resi atti alle complicate funzioni del giudizio e del pensiero che costituiscono la vita psichica, dalle numerose fibre d'associazione per le quali essi riescono fra di loro collegati, e dalle vie di coordinazione che mediante l'esercizio e l'abitudine incessantemente vengono stabilite. Lo provano alcuni centri vicini fra di loro, le cui associazioni sono di essenziale importanza, come quelli sensorio e motorio del linguaggio. Dalla sede anatomica e dall'espressione dell'attitudine funzionale devono ad ogni modo dipendere il *quantum* e il *quale* della capacità funzionale della psiche individuale.

Come poi da condizioni prettamente materiali possano scaturire processi psichici nelle cellule gangliari delle corteccia, quali elementi formali e substrati di attività psichica, è fatto che si sottrae alla ricerca di una scienza sperimentale. Gli ultimi elementi che si possono supporre base materiale della vita psichica sono i processi molecolari nelle cellule gangliari. La elevata capacità funzionale della corteccia è da una parte resa possibile dalla sua grande ricchezza di sangue e dalla facilità della distribuzione di esso (1), dall'altra dalla sua ricchezza in sostanze grasse (cerebrina, lecitina) molto ricche di carbonio e di acqua e di assai complicata composizione chimica, per mezzo delle quali si produce un elevato potere di combustione e una considerevole facoltà di ricambio.

Questi materiali sono evidentemente formati negli elementi nervosi dal sangue e velocemente portati in giro, dal che deriva la considerevole somma di lavoro corrispondente alla forza vitale. Inoltre il cervello va soggetto a una temporanea de-

(1) Sull'argomento della circolazione nel cervello, V. Heubner, *Die luetische Erkrankung der Hirnarterien*, 1874. Duret, *Progrès médical 1873, Jan., Febr., Nov*, e gli *Arch. de physiol.* 1874. Una buona esposizione si ha in Nothnagel, *Ziemssen's Handbuch d. spec. Pathol.*, 1876, xi; e in Charcot, *Leçons sur les Localisations etc.*

pressione delle sue attività, massime della psichica, per mezzo del sonno.

Intorno alla trasformazione dei processi fisico-chimici (nelle cellule gangliari) in energia psichica, Pflüger (*Arch. d. Physiol. X*) e Wundt (*Physiol. Psychologie*, p. 260 e *Untersuchungen zur Mechanik der Nerven*, 1871) hanno stabilito interessanti teorie (1).

(1) Esposizione molto chiara in Emminghaus. *Allg. Psychopatol*, p. 412-419.

CAPITOLO II

La pazzia è una malattia del cervello.

Le cognizioni precedenti fornite da una serie di scienze ausiliarie hanno spianata la via alla soluzione del problema sulla natura delle affezioni psichiche. È logico l'ammettere che quell'organo il quale nelle condizioni normali presiede ai processi psichici, deve essere la sede di alterazioni, quando queste funzioni sono disturbate. Questa opinione restò allo stato di ipotesi finchè non venne confermata da fatti dedotti dall'esperienza. E di questi la psichiatria ne fornisce a sufficienza. Sono dati dai risultati delle autopsie dei morti in istato di pazzia, dalla storia sulla origine di questo processo morboso e dall'insieme delle sue manifestazioni cliniche. Se ricorriamo all'anatomia patologica, non si può negare che in un certo numero di sezioni di pazzi mancano nel cervello dei reperti apprezzabili. Ma questi risultati negativi non scemano per nulla il valore dei positivi, giacchè formano certamente il minor numero. Se si considera quanto imperfetta è ancora l'anatomia del cervello, quanto poco è il tempo che, secondo la felice espressione di Griesinger, si è incominciato a dividerlo in altro modo che col coltello e colla forchetta, se si considera come ancora sono incerte le ricerche sulla istologia normale dettagliata di quest'organo misterioso, e specialmente il rapporto della nevroglia colla sostanza nervosa propriamente detta, e come straordinariamente delicata e complicata è la struttura dei suoi elementi nervosi, dovremmo addirittura meravigliarci che i nostri reperti anatomici sieno oggi già così abbondanti.

Ma si pensi ancora che la causa dei fenomeni clinici può consistere in anomalie dell'innervazione vascolare e, in virtù di queste, nell'anemia, nell'iperemia, nell'edema, nei cambiamenti di pressione, che sono cancellati dalla morte, e finalmente in modificazioni chimiche, riguardo alle quali la chimica normale è imperfetta, e la patologica non venne ancora presa affatto in esame.

L'esperienza insegna che sono quasi esclusivamente le forme primarie, gli stadii iniziali della pazzia, quelli in cui non troviamo nulla di palpabile *post mortem* e dobbiamo accontentarci di ammettere anomalie dell'innervazione vasale, della composizione chimica.

Al contrario negli stadii secondarii e terminali della pazzia, si trovano in regola generale delle modificazioni di forma, le quali in parte consistono in residui di processi flogistici e di degenerazione nelle meningi e nella corteccia cerebrale, che sono manifestamente espressione di disordini nutritivi.

Dal punto di vista anatomo-patologico la psichiatria si trova spesso al livello dello studio di un gran numero di altre malattie nervose, le quali debbono essere provvisoriamente considerate come funzionali, perchè mancano di reperti anatomo-patologici. A misura che questi vennero acquistati, la sfera delle malattie funzionali si è ristretta in modo considerevole. Invece di una tabe oggi noi conosciamo una degenerazione grigia dei cordoni posteriori, invece di una paralisi infantile essenziale una mielite delle corna anteriori, invece di una paralisi bulbare una degenerazione dei nuclei grigi della midolla allungata. Così è da sperare che, nella sfera incomparabilmente più difficile della corteccia cerebrale, lo studio, l'intelligenza e l'abilità in unione ai mezzi d'aiuto resi migliori (microscopio, chimica) ridurranno col tempo i reperti negativi ad un minimum. Comunque sia, noi possiamo già oggi stabilire come principio, che non si danno modificazioni diffuse nella corteccia cerebrale, sia che esse consistano in iperemia, anemia, edema o flogosi, senza che si manifestino clinicamente con un disturbo delle funzioni psichiche (*Griesinger*).

A conclusioni eguali riguardo ad un fondamento materiale della pazzia ci conduce la sua etiologia. Le leggi che regolano lo sviluppo delle malattie mentali sono essenzialmente le stesse delle altre malattie del cervello e dei nervi, e specialmente la legge biologica della trasmissione ereditaria, posata soltanto su vera base organica, ha qui un significato importantissimo.

Una malattia mentale si trasmette spesso ai discendenti, ma anche le svariatissime malattie cerebrali e nervose dei genitori possono indurre la disposizione alla pazzia nella generazione successiva.

Oltre alla squisita tendenza alla trasmissione ereditaria, questi stati morbosi hanno la proprietà di ricomparire sotto un nuovo aspetto, sotto le più svariate forme di nevrosi, cosicchè dal punto di vista eziologico le più diverse forme delle malattie cerebrali e nervose possono considerarsi come membri di una stessa famiglia patologica.

Non meno frequentemente noi vediamo in un individuo il passaggio successivo di una semplice nevrosi (corea, isterismo, epilessia) nella pazzia. Oppure troviamo in parecchi individui d'una stessa famiglia, nella quale esiste una disposizione, che una causa occasionale, per es. uno spavento (secondo i momenti accidentali od individuali) determinano in uno l'epilessia, nell'altro la pazzia.

In fine se noi studiamo i fenomeni clinici della pazzia, si vede che il quadro morboso non si limita assolutamente ai disturbi funzionali psichici, ma, avuto riguardo all'importanza del cervello nella produzione dei processi sensitivi, sensoriali, motori e vasomotori, si manifestano anche disturbi in questi territorii, e perfino disturbi generali del sonno, della nutrizione, della crasi sanguigna, della temperatura, ecc. insieme a quelli delle funzioni psichiche.

D'onde risulta la considerazione importante, che la distinzione fra le malattie mentali e le altre malattie cerebrali e nervose è solo artificiale, convenzionale e dettata da riflessioni prevalentemente pratiche. Ma d'altra parte si trovano ancora

in altre malattie cerebrali, le quali praticamente non sono comprese nella pazzia, dei disturbi psichici, quantunque solo elementari; è soltanto il loro predominio sugli altri disturbi funzionali che conduce nel caso concreto a parlare di una malattia mentale e in ogni evento ad indicare pei malati un manicomio.

Dal punto di vista strettamente scientifico noi non possiamo segnare un limite netto fra un delirio febbrile o un delirio d'intossicazione ed una psicosi, ed è un punto di partenza tutto convenzionale il considerare come malattie mentali solo quei processi che hanno una certa indipendenza e durata.

Da tutti questi fatti risulta un principio pratico importante e cioè, che il modo di considerare, di osservare e di trattare i così detti ammalati di mente deve essere interamente quello medesimo delle altre malattie del cervello, e che è in grado di conoscerli e di trattarli solo colui che si serve di tutti i mezzi d'indagine diagnostica e possiede cognizioni speciali nella fisiologia e nella patologia dell'intero sistema nervoso.

CAPITOLO III

Sguardo storico sullo sviluppo della psichiatria come scienza (1).

L'opinione già posta in evidenza che il cervello sia l'organo delle attività psichiche e che la malattia mentale equivalga ad una malattia del cervello, è evidentemente il risultato dello svolgimento progressivo delle nostre cognizioni e può annoverarsi tra le più grandi conquiste della mente umana.

Mentre la storia della psichiatria ci dà ragione del come si è giunti a questo risultato, ci insegna anche a conoscere le difficoltà incontrate, e ci adatta perciò alla quantità relativamente piccola di conoscenze positive, alle quali s'informa questo giovane ramo della scienza medica. Essa inoltre ci fa conoscere alcune questioni del presente e ci apre allo guardo lo scopo e le speranze dell'avvenire.

La storia del trattamento dei pazzi è una delle pagine più interessanti nella storia della civiltà umana. Essa ci fa conoscere gli errori più grossolani, le torture, le ossessioni, gli ammaliamenti di persone che erano malate di cervello, la inumanità dei secoli passati, nei quali il pazzo languiva nelle prigioni, confuso coi delinquenti più comuni, carico di catene, abbandonato alla ignoranza ed alla barbarie di un carceriere, il quale non intendeva il linguaggio della malattia o

(1) Friedreich, *Literärgeschichte der psych. Krankheiten* 1830; Lasegue, *Ann. Médico-psychol.* 1845; Semelaigne, *Journ. de médec. mentale 1863-65*; Bucknill e Tuke, *Manual of psychol. medicine 1862*; Falk, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 23.

non aveva cuore per essa e senza compassione batteva collo staffile quei poveri infelici.

Ma questa storia nel medesimo tempo ci informa di una lotta lunga e difficile, ma però oggi trionfante, che la scienza e l'umanità sostennero contro l'errore, la barbarie e la superstizione. Essa valse a vincere vecchi pregiudizi secolari, i quali ravvisavano nell'infelice malato di mente l'uomo destituito della personalità umana, trasformato in animale, perduto mentalmente, abbandonato da Dio, posseduto da potenze malvage, un oggetto di rifiuto, un delinquente. I risultati di questa lotta sono il fondamento della psichiatria come scienza e i provvedimenti, per la parte più infelice degli uomini, in asili corrispondenti ai bisogni della carità civile. La storia della psichiatria non rappresenta che una breve epoca della storia dei disordini mentali della specie umana.

La moltiplicità delle cagioni di questi stati morbosi ci conduce ad ammettere, che già nei tempi primitivi dell'umana esistenza siano comparsi disturbi mentali, ma un fitto velo copre la vita e le sofferenze di coloro i quali, in tempi di delirio e di errore scientifico, soccombettero al proprio delirio, alla propria alterazione mentale.

La storia della pazzia si perde nell'oscura antichità. Ciò che noi sappiamo sull'esistenza dei disordini mentali in quei tempi lontani dell'umanità, si limita alle notizie riferite casualmente nel vecchio testamento e nelle opere dei poeti. Così leggiamo di Saulle, il quale non obbediva allo spirito del Signore, era inquietato da uno spirito maligno e trovava sollievo durante i suoi accessi di pazzia nel suono dell'arpa davidica. Così pure il libro di Daniele narra di Nabuccodonosor re di Babilonia, il quale credeva di essere trasformato in una bestia, scacciato dagli uomini, mangiava l'erba come i buoi, esponeva il suo corpo alla rugiada del cielo e lasciava crescere i suoi capelli lunghi come penne di aquila e le sue unghie come artigli di uccelli. Un esempio che la follia fosse simulata nell'antichità ci è offerto da Davide, il quale pel timore di provocare l'ira del re simulava la pazzia e così raggiungeva il suo scopo.

Nè meno ricchi di esempi sono le opere dei poeti. Anche l'astuto Ulisse si finse pazzo per non prender parte alla guerra di Troia, Aiace l'eroe dell'Illiade divenne furioso, cioè invaso dalle furie, e si precipitò sulla propria spada. Esempi di melanconia ce li offrono Edipo ed Oreste, i quali secondo la credenza poetica di allora erano perseguitati dalle Eumenidi: un esempio di licantropia ci è fornito dal delirio del re Licaone di Arcadia. E che anche avvenissero delle pazzie epidemiche lo dimostra ciò che si racconta degli Sciti, i quali si credevano trasformati in donne, portavano abiti femminili e attendevano a femminili faccende.

Noi dobbiamo ammettere che nel tempo in cui lo sviluppo delle scienze naturali era appena nella sua fase iniziale, mancasse in gran parte il giusto apprezzamento di questi stati abnormi della psiche, e venissero ascritti per lo più all'influenza soprannaturale di potenze misteriose degli Dei o di cattivi demonii. Il trattamento di simili malattie riducevasi per conseguenza a cerimonie religiose, ad esorcismi, ad incantesimi.

I malati vennero ora onorati come santi, il che avviene anche oggi qua e là in Oriente, ora subirono l'influenza delle diverse costumanze religiose, come anticamente in Egitto, dove si trovavano tempii consacrati a Saturno, in cui si mandavano i melanconici.

In queste condizioni restò la psichiatria sino ai tempi d'Ippocrate (460 anni avanti Cristo). Con lui la psichiatria prese un indirizzo scientifico, poichè egli la sottrasse alle mani dei sacerdoti, che nei tempii dedicati ad Asclepiade curavano i malati e davano consultazioni per mezzo di oracoli.

La dottrina Ippocratica sulle malattie mentali si può comprendere nei seguenti precetti e tradurre così nel nostro odierno linguaggio scientifico: il cervello è la sede dell'attività psichica e, come tutti gli organi, è esposto alle cause naturali di malattie. Le affezioni mentali derivano da anormalità del cervello.

È noto che Ippocrate è il padre della patologia umorale. Le modificazioni morbose dei quattro umori cardinali da lui ammessi (sangue, pituita, bile nera e gialla) sono le cause

precipue della pazzia. Ma allo sguardo geniale d'Ippocrate non è sfuggita l'importanza della disposizione ereditaria: anch'egli riconosce le affezioni acute e croniche degli organi vegetativi, non che la soppressione delle secrezioni abituali come cagione di disturbi psichici. Evidentemente Ippocrate non distingue il vero delirio della pazzia dal delirio febbrile e comprende ambedue questi stati sotto il nome comune di *Phrenitis*. La pazzia insorge subitaneamente e termina rapidamente, o resta lungo tempo. Esistono per lui anche degli individui i quali si avvicinano ai pazzi, ma non sono propriamente da chiamarsi tali. Nelle affezioni mentali egli riconosce stati di melanconia e di mania, come pure stati di indebolimento. Facilmente si associano alla follia dei disturbi nervosi ed in ispecie dei crampi ed allora la prognosi è infausta. Del resto le malattie mentali sono per lo più guaribili, raramente letali. La cura è somatica, cioè a dire medica e dietetica. Pertanto non si dovrebbero mai trascurare i temperamenti, sui quali si sviluppa la pazzia. Per lo più predomina il temperamento melanconico, cioè atrabiliare, per cui Ippocrate adottava un trattamento derivativo per mezzo dell'elleboro, che nell'antichità teneva un posto importante nelle malattie mentali, del salasso, degli emetici, della dieta rigorosa e del riposo.

Da questi cenni risulta che il medico geniale dell'antichità non è molto lontano dal nostro modo di vedere. Egli fu ad ogni modo il primo a riconoscere chiaramente che in questi stati il cervello è l'organo affetto e che i fenomeni che ne derivano non sono soprannaturali, ma sono disturbi fisici come quelli delle altre malattie. La dottrina Ippocratica divenne assioma stabile pei posteri: tuttavia non si può sconoscere un certo progresso nella via già tracciata. Areteo (160 dopo Cristo) diede una buona descrizione della malinconia e della mania, e si diffuse sulla diagnosi e sulla prognosi. Nell'etiologia egli seguì il suo grande predecessore.

Anche Galeno (160 dopo Cristo) stabilisce, come principio, che la malattia mentale equivale ad una malattia del cervello. La sua dottrina segna un progresso, in quanto che egli com-

prende la pazzia, sia come una malattia primaria del cervello, sia come di origine deuteropatica per affezione di altri organi, specialmente di quelli addominali. Egli inoltre ha fatto una esatta divisione del delirio febbrile (Phrenitis) dalla vera pazzia.

Una figura che spicca nel campo della scienza psichiatrica è Celio Aureliano, contemporaneo di Traiano e di Adriano. Egli considera le diverse forme croniche morbose come varietà di una stessa malattia; anch'egli si emancipa dalla teoria Ippocratica degli umori cardinali. Egli riconosce soltanto delle cause morbose somatiche e psichiche, quasi interamente rigetta i mezzi di coercizione nel trattamento. Egli afferma in modo decisivo il principio che le malattie mentali non sono altro che affezioni del cervello con predominio di sintomi psichici, per cui appartengono al dominio del medico, giacchè nessun filosofo ha potuto fin qui compiere una guarigione. Con Celio Aureliano termina questo slancio della psichiatria, precoce e fecondo di promesse, iniziatosi per opera di insigni medici greci e romani.

Però, nella decadenza del vecchio romano impero colla sua civiltà, e nei tempi dell'emigrazione dei popoli, mancavano le condizioni favorevoli allo sviluppo delle scienze. La medicina decadde e trascinò un'esistenza penosa nei chiostri, presso gli Arabi e nelle scuole, come in quella di Salerno. Si comprende quindi come dessa ritornasse per la massima parte in una sfera più oscura, partecipandovi anche la psichiatria.

Allo spirito d'osservazione positiva si sostituirono la ciarlataneria, il misticismo e la crassa superstizione. La terapia si trovò nelle mani di filosofi scolastici e di monaci ignoranti; le credenze cristiane, che vedevano nel pazzo un uomo posseduto da malvagi demonii, non erano favorevoli ad illuminare le menti, e quindi non v'è da meravigliare se in quell'epoca la terapia consistesse quasi esclusivamente in esorcismi, in mortificazioni, in incantesimi, in carneficine e perfino in torture ed in pene di morte.

Ma anche la pazzia di quei secoli oscuri si specchiava nel delirio dei poveri malati, i quali nel medio evo presentavano in gran parte le forme della demonomania, dell'ossessione.

La cura dei pazzi cadde in mano dei preti, i quali nel loro cieco fanatismo, al supposto spettro, alle streghe e al diavolo opponevano il rogo e la tortura, ovvero cercavano di scacciare lo spirito maligno con esorcismi violenti.

Infinito è il numero dei processi per stregoneria, infinito è il numero degli sventurati, per la maggior parte melanconici, i quali trovarono la morte. Così nel principato di Treviri nello spazio di pochi anni vennero giustiziati 6500 persone come ammaliate e stregate.

I maniaci, che erano appena commiserati, erano tenuti legati in oscure prigioni come bestie selvaggie fino a che perivano nel sudiciume e nella miseria. Solo pochi malati, il cui delirio non presentava nulla di offensivo per la chiesa, trovavano quà e là un rifugio nei chiostri e nei luoghi pii.

Così la sorte dei pazzi perdurò per lunghi secoli la medesima, e se Carlo il grande proibì di bruciare le streghe ed il nobile Wier si rivolse nel 1515 all'Imperatore ed allo Stato pregando di risparmiare il sangue delle supposte streghe, le quali non erano che melanconiche, deliranti od isteriche, queste voci isolate non furono in grado di convertire la moltitudine superstiziosa ed inerte, i cui pregiudizi erano ancora alimentati dalla Chiesa. Così avvenne che i processi di stregonerie si continuarono sino alla fine del secolo XVIII.

Coll'avvenimento della riforma religiosa incominciarono anche per la medicina tempi migliori. Ma passò lunga pezza prima che essa uscisse vittoriosa dalla lotta contro la superstizione, il misticismo e la scolastica, e si liberasse dai legami della chiesa, e che la fede cieca nell'autorità scolastica fosse rovesciata dalle ricerche positive di un Vesalio e dalla polemica dissolvitrice di un Paracelso.

Già nel secolo XVI nel campo della scienza psichiatrica si iniziò un periodo di cognizioni migliori. I generosi tentativi di Wier trovarono appoggio in Porta ed in Zachia. Gli scritti

di Prospero Alpino, di Mercuriale, di Bellini, di Farnelio costituiscono i principii di una nuova trasformazione scientifica della psichiatria. Felice Plater (1537-1614) tentò perfino una classificazione.

L'influenza di Bacone e di Harvey segna l'origine di uno slancio nelle scienze naturali.

Nel dominio della psichiatria le innovazioni restarono allo stato infantile. Lungo tempo ancora trascorse per decidere se il pazzo sia posseduto da spiriti malefici e da affidare alle mani dei preti, ovvero se sia un ammalato da affidare alle cure del medico.

I più chiari medici erano ancora in dubbio se la natura della pazzia consistesse nella corruzione degli umori Ippocratici. Non vennero fatti, o furono fatti scioccamente, tentativi di cura e ciò mostra in quale basso grado si trovasse la scienza.

Come per l'addietro si scacciava il diavolo, i medici cercavano ora di cacciare la pazzia, ed ignari della sua origine e del suo significato caddero negli artifici i più ridicoli. Un malato, il quale si credeva senza testa veniva sul momento guarito con l'applicazione di una cuffia di piombo. Ad una donna isterica, la quale si lamentava di avere un serpe nello stomaco, si dava un emetico e si poneva una lucertola nella materia vomitata. Un malato, il quale si riteneva tanto freddo da credere che nessun'altra cosa tranne del fuoco potesse procurargli il suo calore naturale, venne da Zacùtus Lusitanus (1571-1642) cucito in una pelliccia cui diede fuoco.

Un quadro chiaro della vita caratteristica di quei tempi venne fatto da Stenzel nella sua *Storia dello Stato Prussiano*. Vi si accenna a Giovanni Guglielmo Duca di Giuliers e al figlio di Guglielmo il magnifico e di Maria d'Austria, ai quali toccò la triste sorte di impazzire. Il Duca era fin da giovane un imbecille, nè fu mai capace di governare il suo paese, e prima che egli divenisse completamente pazzo, si lamentava di supposte persecuzioni, che si attentasse alla sua vita, per cui egli passava molte notti insonni. Avendo egli sotto un accesso di ansia ferito parecchie persone della corte, dovette essere imprigio-

nato. Pel consiglio di un prete e di una monaca si cucì il Vangelo di S. Giovanni nell'abito del Duca, e gli si diedero delle ostie consacrate coi cibi. Tutto però rimase senza effetto, come del pari infruttuosi riuscirono gli esorcismi ben pagati dei monaci. Anche dai medici venne chiesto un consiglio, ma questi non seppero indicar nulla contro il male. Così il Duca restò abbandonato e imprigionato sino alla morte.

In queste condizioni era la terapia pochi secoli fa; la maggior parte dei pazzi rimase trascurata, senza protezione e senza diritti, in balia dell'abbandono o della persecuzione. Ed anche nell'anno 1573 una decisione del parlamento inglese permise ai contadini di dar la caccia a coloro che si chiamavano lupimanari, perchè nel loro delirio si credevano trasformati in bestie selvagge, e vagavano pei boschi. Ad un malato di Padova, il quale si credeva un lupomanaro ed affermava che il pelo era rovesciato all' indentro, furono tagliate le braccia e le gambe per constatar ciò, cosicchè l'ammalato morì per emorragia.

In alcuni luoghi i pazzi furono chiamati gente d'Abramo, *(Abrahams-Männer)*, essi erano generalmente schivati, solo qua e là svegliavano qualche sentimento di compassione, ma mescolato a paura superstiziosa, e si procurava loro un magro nutrimento. I carnefici e gli esorcizzatori presso una gran parte dei malati facevano le veci dell'odierno medico alienista.

Che perfino le stesse ricchezze e i gradi di nobiltà non riescissero a scuotere i pregiudizi e l'ignoranza di quell'epoca, lo mostrano le biografie di persone insigni, che la storia ci ha conservate. Così avvenne all'infelice Giovanna di Castiglia, capostipite della Casa imperiale d'Austria, la quale dopo la morte di suo marito Filippo il bello, divenne pazza e sarebbe perita in mezzo al sudiciume e alla miseria, se il cardinale Ximenes non l'avesse presa con sè. Nè migliore destino toccò al pronipote di lei, l'imperatore Rodolfo II.

Fino alla metà del secolo XVIII la sorte degli alienati fu molto triste. Si era riusciti a poco a poco ad avere idee più chiare sulla natura di questi stati morbosi oscuri, e perfino

dei medici intelligenti presentivano che ivi si trattava soltanto di disturbi morbosi dell'attività cerebrale e nervosa, ma però era quasi ignorato un fatto importante, che queste malattie, se sono riconosciute in tempo e curate bene, sono guaribili come molte altre.

Fino a che questa verità non fu conosciuta, la Società considerava i pazzi come membri perduti, lo Stato come un peso ed un pericolo, e si sentiva perfettamente tranquillo quando, pel pregiudizio della loro inguaribilità, li sapeva custoditi con chiavi nelle mani di un carceriere come uomini pericolosi. Ciò avveniva in quei tempi, e delle case dei pazzi d'allora il Kaulbach ci ha lasciato un quadro drammatico (1).

Ma i tempi si dovevano cangiare. Sempre più chiara e penetrante facevasi la voce dei medici e dei filantropi, i quali da un punto di vista umano ravvisarono nel pazzo l'uomo, e, avuto riguardo ad alcune guarigioni avvenute nelle case degli alienati per opera della natura medicatrice, anche in condizioni sfavorevoli, pensarono alla possibilità di una guarigione della pazzia col miglioramento della posizione dei pazzi, richiedendolo con energica insistenza alle autorità indolenti.

(1) I primi tentativi per ridurre i luoghi di pena e di custodia dei pazzi a case di salute datano in Francia dal 1780. Pare che l'impulso a far ciò sia provenuto dai filantropi Giovanni Howard e l'imperatore Giuseppe, il quale a quell'epoca trovavasi in Francia. Il Cristianesimo non aveva pei pazzi alcun buon sentimento poichè per lo più li riteneva posseduti dal diavolo.

La cura pei pazzi era ammessa dai Turchi, i quali molto tempo prima di Cristo avevano luoghi di custodia pei pazzi. Dei monaci dell'Ordine della Mercede i quali, pel riscatto dei prigionieri cristiani avevano molto traffico coi mussulmani, impararono a conoscere questi asili; e nel 1409 eressero a Valenza (Spagna) il primo asilo per pazzi con indirizzo orientale. Presto vennero quelli di Saragozza, Siviglia, Valladolid, Toledo. Il primo asilo mussulmano fu quello di Fez, costruito da Leo Africanus fin dal 7° secolo. Dalla Spagna la custodia dei pazzi si diffuse in Italia dove probabilmente furono costruiti degli asili a Bergamo (1352), a Firenze (1387) e certamente a Roma nel 1548. Sui primi del 17° secolo cominciarono ad accettarsi i pazzi negli ospedali. Nel 1660 l'*Hôtel Dieu* fu a ciò destinato. In questo tempo la città di Parigi aveva in custodia non altro che 40 pazzi. Anche nel 1818 Esquirol riferiva al ministro che i pazzi in Francia avevano un destino peggiore dei delinquenti e degli animali *(Rapport du service des aliénés de 1874, p. 11).*

Il primo paese, in cui fu su larga scala tentata una guarigione dei pazzi, è l'Inghilterra, dove alla metà circa del secolo scorso venne fondato in modo ancora imperfetto un asilo, *St. Lukes*, a Londra. Ciò avveniva in un tempo in cui si conoscevano nel continente case di correzione e di detenzione per accogliere questi infelici. Il successo dell'asilo *St. Lukes* spinse la comunione dei Quacqueri di York ad erigere poco dopo un asilo pei proprii loro correligionari (*The Retreat* presso York). Nello stesso tempo Cullen (1777) diede la spinta all'indirizzo scientifico della psichiatria in Inghilterra, ed in questo lavoro fu seguito da medici come Arnold, Pargeter, Haslam, Perfect.

In Francia Lorry, nel 1765, scrisse una buona opera descrittiva sulla pazzia, ma specialmente fu Pinel quegli che, sulle orme della filosofia di Locke e di Condillac, si dedicò allo studio delle malattie mentali. Il suo merito è e resterà immortale, poichè egli essendo medico di Bicêtre tolse le catene ai malati, insegnò a trattarli umanamente ed iniziò la riforma nel governo dei pazzi, che poi si estese a tutti i paesi civili (1).

In Germania fu Langermann il quale, nel 1810 nominato Direttore della facoltà medica in Prussia, si acquistò un gran merito nella riforma del trattamento dei pazzi, ed anche si distinse nell'indirizzo scientifico.

Fra gli Italiani merita di essere ricordato il Chiarugi, le cui opere vennero tenute in gran conto per lungo tempo.

Ma nel secolo XIX un impulso più potente doveva ricevere la psichiatria e doveansi rendere più manifesti i suoi intimi rapporti con gli altri rami della medicina.

Mentre l'iniziativa della riforma e del governo umanitario dei pazzi spetta esclusivamente ai francesi ed agli inglesi, i popoli civili tutti concorsero con egual merito a dare un carattere scientifico alla psichiatria. Una figura che eccelle in Francia è quella di Esquirol come iniziatore di importanti

(1) V. un'interessante comunicazione sulla custodia e le leggi dei pazzi in Francia fin da' 1792 nel *Rapport du service des aliénés de 1874*, p. 18-38.

questioni, specialmente nel dominio della statistica e come primo clinico della Francia. Dopo lui Georget, Bayle, Calmeil, Foville, Leuret fecero degl'importanti e dettagliati studi anatomici e clinici. Anche le prime nozioni sulla paralisi progressiva le dobbiamo ai medici francesi, fra i quali i più distinti nei tempi recenti sono Morel, Falret padre e figlio, Brierre de Boismont, Legrand du Saulle ed altri. Nella parte amministrativa acquistarono pregio Ferrus e Parchappe.

Progressi considerevoli fece la psichiatria inglese per opera di Cox, Willis, Ellis, Prichard nei tempi andati, e di Bucknill, Robertson, Maudsley nei recenti, mentre a Conolly spetta la gloria di avere bandito i mezzi coercitivi nel trattamento dei pazzi. Nei Paesi Bassi la Psichiatria progredì con Schröder van der Kolk, valente anatomico, fisiologo e neuropatologo; nel Belgio con Guislain; in Italia con Biffi, Verga, Castiglioni, Lombroso e Livi; in Russia con Balinsky; in Isvezia con Oehrström, Kijellberg, Sandberg.

In Germania allo sviluppo rapido della Psichiatria come scienza si opposero alcuni ostacoli, specialmente dovuti all'indirizzo metafisico e psicologico unilaterale, all'influenza delle dottrine di Kant e alla filosofia della natura di Schelling. In questo indirizzo puramente filosofico-psicologico noi troviamo uomini attivi come Hofbauer, Reil, Blumröder, ed innanzi a tutti Heinroth, professore di psichiatria a Lipsia. Basta l'abbozzare la dottrina principale di quest'uomo per conoscere tutta la sua scuola.

Heinroth considerava l'anima come una forza libera, eccitabile per mezzo di stimoli, ma dotata della facoltà di determinarsi da sè. Il corpo non lo considerava come qualche cosa di autonomo, ma come anima diventata organo. La legge fondamentale dell'anima è la libertà, e la sorgente della sua conservazione è la ragione. La sua etiologia è etico-religiosa. Tutti i mali dell'uomo provengono dal peccato, e così anche i disturbi mentali. L'anima si ammala. Le passioni e i peccati, cioè l'allontanamento da Dio, sono le cause delle affe-

zioni psichiche. I punti essenziali della terapia consistono nel trattamento psichico, segnatamente nella vita devota, nel consacrarsi a Dio ed al bene. L'unica profilassi contro la pazzia era per lui la fede cristiana.

In questo indirizzo pieno di misticismo, Heinroth trovò seguaci, e dapprima Beneke, il quale non accettò interamente questa dottrina mistica, ma cercò e trovò la natura della pazzia, nel puro dominio della psiche e quindi trattò le psicosi da un punto di vista esclusivamente psicologico. Un altro rappresentante di queste idee è Ideler, il quale con troppa dialettica e con acutezza di ingegno giudicò pur troppo i disturbi mentali solo dal lato etico, e li ritenne come passioni portate al grado morboso. L'opposizione ragionata contro questi traviamenti dell'intelligenza non poteva mancare. I principali sostenitori della scuola scientifica, che combatteva cotali dottrine spiritualistiche, etiche e psicologiche, furono Nasse, il celebre clinico di Bonn, il quale nel 1818 fondò un giornale pei medici alienisti, e dopo lui Vering, Friedreich, Amelung, i quali affermarono concordemente che il cervello era la sede delle malattie mentali; ma fu specialmente Jacobi che per lo zelo di trovare un fondamento somatico nella pazzia, andò oltre i limiti ammettendo la sede delle malattie mentali negli organi extracranici. Egli considerò la pazzia soltanto come un sintoma, che poteva accompagnare qualunque malattia degli organi vegetativi, e così attribuì soltanto un valore assai subordinato all'affezione del cervello che, secondo la sua opinione, sarebbe secondaria. Malgrado questa sua unilateralità, egli ha il merito di avere spianata la via al metodo dell'osservazione scientifica, clinica ed anatomica, di avere diretta l'attenzione sulle malattie, assai importanti per la loro patogenesi, e sui disturbi funzionali degli organi vegetativi che accompagnano la pazzia, e di avere tolto di mezzo tutte le teorie filosofiche, speculative e metafisiche.

Un'attività febbrile si svolse durante gli ultimi decenni nel campo scientifico, fino allora infruttuoso ed incolto. L'umanità che s'avanza nelle vie del progresso creò, con gli asili mani-

coniali, luoghi acconci per osservare i pazzi in grande quantità e li provvide di medici; e servendosi dei mezzi della diagnostica e poggiandosi al metodo empirico, che splendeva nelle altre discipline scientifiche, mise in opera le esperienze offerte dall'anatomia patologica, dalla fisiologia e dalla patologia del sistema nervoso, dall'antropologia e dalla psicofisica, per applicarle al nuovo edifizio della psichiatria. Osservatori degni di merito nel dominio della medicina puramente somatica, sono Flemming, Jessen, Zeller, il quale pel primo mise a profitto il precetto che le diverse forme di pazzia sono soltanto stadii di un medesimo processo morboso, ma specialmente l'insigne discepolo di questi, Griesinger, nel cui famoso trattato, apparso nel 1845, troviamo raccolti ingegnosamente in un sistema tutti i risultati fino allora conosciuti di un'esatta osservazione scientifica.

Così la psichiatria, dopo una lotta difficile, raggiunse la posizione che le spettava fra le altre scienze e si purificò dalle scorie filosofiche e metafisiche che la coprivano.

Ma dovrà trascorrere ancora lunghissimo tempo prima che la psichiatria, la quale può aspirare presentemente al titolo di scienza descrittiva, si elevi all'altezza di scienza esplicativa. Però, se si offrono alla mente umana dei problemi apparentemente insolubili, si potrà ricorrere ai risultati acquistati dalla osservazione scientifica ed ai tentativi di insigni scienziati di tutti i paesi civili, compiuti nelle più svariate direzioni per un fecondo sviluppo della psichiatria, lo scopo più diretto e più conseguibile della quale, sarà di far parte, almeno pel suo punto di vista scientifico, della patologia cerebrale. Oltre all'indirizzo clinico, pur troppo poco seguito, col quale fu rivolta l'attenzione ai fenomeni somatici, specialmente ai fenomeni morbosi cerebrali dalla pazzia; oltre all'indirizzo biologico e antropologico, coi quali si penetrò nei segreti dell'etiologia e della patogenesi; oltre al modo empirico, psicologico, psicofisico con cui si considerarono le forme della pazzia, in luogo di un metodo metafisico e non scientifico, la ricerca anatomica fu quella che spianò la via per intendere i fatti patologici e condusse la psichiatria a raggiungere il suo scopo.

Le recenti osservazioni anatomo-fisiologiche con la scoperta degli spazi linfatici, con lo studio dei rapporti vascolari del cervello e dell'innervazione dei suoi vasi, hanno portata molta luce sulla circolazione e sulla nutrizione di quest'organo. Solo la chimica non è ancora in grado di chiarire le leggi che regolano i prodotti del ricambio materiale. La psicologia empirica sopra una esatta base psicofisica rende comprensibili i fenomeni psico-patologici; la psichiatria clinica, fondandosi sull'esperienza della neuropatologia, cerca di ridurre tutti i fenomeni morbosi cerebrali della pazzia nel campo di un'esatta osservazione clinica, fornisce tutti i mezzi d'indagine e si studia di elevare i suoi risultati clinici al grado di una classificazione e di formare in modo empirico dei veri quadri morbosi.

Più grande importanza per la psichiatria hanno le nuove ricerche di fisiologia sperimentale e di patologia sul nesso dei processi del movimento, della percezione, della secrezione, della termogenesi, dell'innervazione vasale in certi territori della corteccia cerebrale. Mentre esse da una parte comprovano l'opinione che diffuse malattie della corteccia bastino per provocare delle psicosi, fan d'altra parte rilevare come certi disturbi psichici elementari, quali ad es. i fenomeni d'indebolimento o di stimolo, essendo in tutte le funzioni psichiche nel complesso, possano esistere contemporaneamente a fenomeni di focolaio (afasia, cecità psichica, allucinazioni isolate, ecc.). Non mancano neppure le ricerche, fino a un certo grado attendibili, sopra i fenomeni psicopatici nel senso delle localizzazioni. Così Wernike insegna (*Ueber den Wissenschaftlichen Standpunkt in der Psichiatrie*, 1880) che la demenza del paralitico deriva dall'addizione progressiva della perdita di imagini mnemoniche e delle idee del movimento nei diversi centri sensori e motori dell'atrofica corteccia (fenomeni di decadimento); che i disturbi motori debbono considerarsi specialmente come la perdita delle rappresentazioni motorie. Si è data spiegazione del delirio di grandezza come stato di stimolo nel campo di quelle stesse imagini mnemoniche che costituiscono la personalità. È ammissibile il riferire la confusione, la sconclusionatezza,

il disorientamento, e l'emotività reattiva dei malati affetti da delirio sensoriale acuto (*Wahnsinn*) o da delirio semplice, ad un' incongruenza delle imagini mnemoniche colle impressioni del mondo esterno, in seguito ad alterazioni del loro substrato corporeo, segnatamente delle cellule gangliari. Le allucinazioni appaiono, dalle nuove ricerche della fisiologia corticale, come fenomeni irritativi dei corrispondenti centri sensori (Wernike, Tamburini, Westphal), l'agitazione motoria del maniaco come fenomeno d'irritazione dei centri sensorio-motori dei lobi frontali, (Wernike ed altri). Crichthon Browne (Brain, Ott. 80) si spiega anzi la prevalente azione motoria del maniaco in certi gruppi muscolari, coll'eccitamento dei corrispondenti centri motori in seguito a iperemie locali.

Pur troppo però le attuali incomplete cognizioni della scienza non ci permettono di contrapporre ai quadri morbosi ed ai singoli fenomeni clinici le distinzioni anatomo-patologiche. Nè minore è l'importanza della psichiatria, malgrado il suo manchevole sviluppo, in connessione alle altre discipline, perciò essa ha bisogno di scambi e di relazioni con altri rami scientifici, d'esser rappresentata nelle accademie e coltivata e insegnata nelle scuole superiori.

In quanto la Psichiatria insegna l'etiologia delle malattie mentali, le quali costituiscono un grande male sociale, essa si mette in rapporto con l'igiene e con la polizia medica, il cui scopo è la preservazione dalle malattie. Essa tocca altresì il dominio della pedagogia, poichè la pazzia in casi non rari è la conseguenza di una educazione sbagliata, per non essersi tenuto conto della disposizione speciale originaria e dei temperamenti. Se la pedagogia facesse uno studio più profondo dell'uomo nello stato normale e patologico, parecchi errori ed esigenze rigorose dell'educazione verrebbero meno, come pure cesserebbero certe scelte professionali non adattate e quindi certe esistenze psichiche non anderebbero perdute.

Nè meno interessante riesce la Psichiatria per la teologia, col mostrare l'origine morbosa di certi traviamenti e sètte re-

ligiose, e per la storia universale (1) col trovare in date condizioni psicopatiche la ragione della comparsa misteriosa di certi personaggi mondiali. Ma anche per la psicologia empirica la psichiatria è una sorgente di cognizioni importanti, sebbene fino ad ora sia stata assai poco apprezzata, nello stesso modo come lo è la patologia per la fisiologia. Al resto della medicina la psichiatria riesce utile, perchè ne costituisce un complemento e perchè certi disturbi psichici elementari (afasia, allucinazioni, stupore, ecc.), la cui ricerca le appartiene, hanno un significato patologico generale.

La clinica psichiatrica ha dippiù il pregio di avere per oggetto di studio tutta la personalità umana; in essa in particolar modo viene praticato l'esame importante e difficile dei malati e s'insegna l'omiletica, che è utile anche pei non psichiatri, e il trattamento morale dell'uomo malato.

Ma i problemi più elevati della psichiatria si rivelano in principal modo per l'alta importanza sociale che essa acquista nella specialità del suo oggetto. Uno dei problemi più importanti è anzitutto l'assistenza pubblica, pel numero ognor crescente dei pazzi in tutti i paesi nell'ultimo decennio. I provvedimenti necessari a questi ammalati, la loro guarigione, il ricovero caritatevole nel caso di inguaribilità sono oggetto di attenta considerazione per le autorità e pei medici, massime perchè l'esperienza c'insegna che gli asili chiusi non bastano per tutti questi malati e a molti di essi convengono le forme più libere di cura (cura famigliare e colonica), sul cui valore deciderà l'avvenire tanto nel rispetto tecnico che nell'economico. Solamente resta stabilito che i malati guaribili e pericolosi non possono fare a meno di manicomi chiusi. Un'altra que-

(1) Bird, *Allgem. Zeitschrift f. Psych.* v, p. 151 (Giovanna di Castiglia), p. 569 (Carlo VI di Francia) vi, p. 12 (Carlo IX di Francia) vii, p 45, 218. viii, 17, 209 (diverse personalità storiche); Dietrich *id.* ix, p. 558 (Filippo V e Ferdinando VI); Bergrath *id.* x, p. 249, 396; Winslow, *Obscure diseases of the brain*, p. 101-106; Wiedemeister, *Der Cäsarenwahnsinn*. 1875; Ribot, *Die Erblichkeit*, trad. ted. di Hotzen, 1876, p. 116. (La famiglia dei Borgia, dei Borboni, Caterina dei Medici ed altri).

stione non meno importante deriva alla psichiatria dai suoi rapporti coll'amministrazione della giustizia.

I pazzi sono legalmente irresponsabili, la loro capacità civile è nulla a causa della loro malattia, per la quale possono divenire pericolosi in società; e ciò può fare apparire necessaria la privazione della loro libertà. Essi hanno poi anche bisogno d'una protezione legale, poichè non possono provvedere a sè stessi e ai loro interessi. Da queste condizioni deriva una serie di questioni in parte generali e legislative, in parte concrete, la cui soluzione secondo i dati della scienza, spetta alla Psichiatria come Psicopatologia forense: questioni che sono di grande importanza per l'ordine e la sicurezza dello Stato, come pure per l'onore, per l'esistenza e per la libertà dei malati. Incontrastabilmente la più difficile questione che qui si presenta è quella sullo stato mentale di un uomo nel momento in cui commise un atto criminoso. Ben altri problemi ancora saranno da risolversi, essendo ancora oscillanti ed incerti i limiti fra il delitto e la pazzia. Ciò malgrado la Psichiatria può soddisfare anche a questi problemi, purchè essa si muova sopra un campo strettamente clinico, si tenga lontana dalla fraseologia, e là dove non giunge la scienza odierna pronunzi senza vergognarsi il suo *non liquet.*

CAPITOLO IV

Le analogie della pazzia.

L'etiologia e la osservazione clinica fanno rientrare la psichiatria nella patologia cerebrale ed esigono lo stesso modo di osservazione e di trattamento, rinunciando a tutte le considerazioni puramente psicologiche o del tutto metafisiche. Malgrado questo intimo rapporto, lo studio delle anomalie psichiche si mostra circondato da difficoltà particolari. A prima vista esse non hanno nessuna analogia coi fenomeni prodotti dalla disturbata funzione di altri centri del sistema nervoso, ma sembrano dei processi tutti speciali. Quelle spiegazioni che ordinariamente fornisce l'anatomia patologica qui ci fanno difetto, giacchè i fenomeni clinici ed i reperti necroscopici ben raramente sono in accordo fra di loro, e neppure ci servono i mezzi sicuri e spediti di esplorazione diagnostica. Noi sappiamo che nell'ascoltazione e percussione e nella chimica patologica non è da fare assolutamente assegno nel dominio psicopatologico. Qui noi abbiamo a che fare in gran parte con fenomeni di un ordine nuovo, con fenomeni psicologici. Dalle oscillazioni della coscienza, dai disturbi della memoria, dai sentimenti abnormi per qualità e per quantità, dalle idee, dagli istinti dobbiamo indurre la natura ed il grado della malattia cerebrale.

Del resto la peculiarità del processo nella pazzia è soltanto apparente. Se le malattie mentali sono realmente malattie del cervello, debbono seguire le leggi generali della fisiologia e della patologia del sistema nervoso, senza che le qualità particolari dei loro sintomi e gruppi sintomatici ne risentano danno. Le leggi dell'eccitabilità e dell'eccitamento, dell'esaurimento e

dell'esauribilità, della trasmissione riflessa, delle funzioni vicarie, dell'irradiazione e della conduzione, della proiezione eccentrica dei processi di eccitamento ecc. debbono possedere il loro valore anche per queste qualità di funzione.

Questo modo di vedere trova un'ampia conferma. Dovunque noi incontriamo fenomeni di eccitabilità e di trasmissione riflessa, agevolata od impedita, e ci si presenta ad ogni passo la legge dei fenomeni eccentrici. Nè meno conforme all'intero decorso delle altre neurosi si è quello delle affezioni psichiche, sia nella latenza temporanea e nella intermittenza, sia nell'esacerbazione e nella remissione, per l'accumularsi degli stimoli e per l'esaurimento, sia nella periodicità del ritorno dei sintomi.

La peculiarità dei fenomeni psicopatici, fondata sulla dignità specifica fisiologica dell'organo affetto, si rende comprensibile ed apparisce quindi assai meno strana, quando cerchiamo di metterla in analogia con altri fenomeni abnormi del sistema nervoso, facili ad intendersi, e la traduciamo per tal modo nel linguaggio nostro abituale. Così noi siamo autorizzati fino ad un certo punto a parlare di un' iperestesia e di un' anestesia psichica, di tensione e di paralisi psichica, di aumentata e di diminuita resistenza di conduzione, di aumentata e di abolita eccitabilità psichica riflessa. Ma un campo più largo ed importante nell' intendere ci si apre coll'ammettere che la pazzia è una malattia.

La malattia è la vita in condizioni abnormi, la malattia e la salute non sono l'antitesi assoluta; quindi le manifestazioni psicopatiche non possono essere sostanzialmente diverse da quelle della vita fisiologica, ma devono esistere delle importanti analogie e dei punti di passaggio fra i due modi della vita.

Anche questa supposizione trova la sua conferma. Gli elementi di cui si compone la vita psichica morbosa sono quelli stessi dello stato sano, solo le loro condizioni genetiche sono diverse. Un pazzo può parlare ed agire come un sano di mente, e ciò che realmente lo caratterizza non è mica la qualità de' suoi processi psichici, ma il modo col quale questi hanno origine. In questi processi l' elemento morboso consiste in ciò, che essi

hanno luogo spontaneamente in seguito ad eccitamenti morbosi interni, mentre, nelle condizioni fisiologiche, sono suscitati ed influenzati dagli stimoli esterni, per cui rimane stabilito un accordo costante fra i processi della coscienza e quelli del mondo esterno.

A nessuno verrà in mente, p. e., di ritenere per pazzo colui che è immerso in un profondo dolore, cagionato dalla perdita de' suoi averi o dei suoi congiunti, ma invece non esiteremo un momento a far diagnosi di una malattia mentale se manca ogni cagione esterna del dolore psichico, e quella perdita non è che immaginaria. Fino a tanto che i nostri sentimenti, le idee e le tendenze sono in rapporto armonico cogli avvenimenti del mondo esterno, dai quali dipendono, e la reazione a questi avvenimenti corrisponde approssimativamente alla loro intensità, noi concluderemo che la mente è sana; ma se invece esiste una sproporzione o manca interamente il rapporto fra gli eccitamenti esterni e la reazione, ammetteremo allora un eccitamento interno, subiettivo, spontaneo nell'organo dell'attività psichica e quindi una malattia.

Collo stesso criterio noi giudichiamo anche gli altri fenomeni di disturbata funzione del corpo. Una sensazione dolorosa, che tiene dietro ad una lesione, ci si presenta come un effetto naturale e così pure la sua reazione; ma una sensazione di dolore insorta spontaneamente ci fa l'impressione di un fatto morboso. Così pure noi giudichiamo la sensazione del caldo, del freddo, della stanchezza ecc., secondo che essa ha un fondamento fisico o si sottrae a questo (Griesinger).

La funzione fisiologica dell'organo della psiche è la produzione de' sentimenti, delle idee, della volontà.

La formazione spontanea di questi processi psichici od anche solo inadeguata agli eccitamenti esterni, è in generale il segno di un processo di eccitamento interno e di uno stato di reazione anomala, la cui durata, intensità e sproporzione non lascia alcun dubbio sulla sua natura patologica. Perciò questo modo di origine ci apparisce come il segno clinico più diretto e più importante della pazzia. Il contegno del pazzo e quello del

sano di mente possono essere del tutto eguali; e solo conoscendo la sorgente e la cagione dei loro processi psichici, potremo prontamente stabilire se abbiamo dinanzi a noi un malato od un sano di mente.

Siccome poi la pazzia è costituita dagli stessi elementi della vita psichica normale, valgono per essa le stesse leggi di associazione e di decorso; e la considerazione dei processi psichici degli stati fisiologici e quella di certi stati patologici, frequenti ad osservarsi, ci offrono importanti analogie, coll'aiuto delle quali nonchè della nostra propria esperienza, ci troviamo in grado di orientarci nella patologia della vita psichica e di intendere in qualche modo come le associazioni morbose delle idee e i deliri, i sentimenti, e le tendenze abnormi abbian luogo nella pazzia.

La vita giornaliera ci offre già a sufficienza tali analogie. Come non ci è dato di limitare nettamente la salute e la malattia nel dominio della sfera sintomatica, dove pertanto coll'aiuto di esatti mezzi fisici possiamo stabilire delle norme diagnostiche, così avviene anche nella sfera psichica, riguardo alla quale abbiamo anzi ragione di non segnare troppo nettamente i confini della sua estensione fisiologica (1).

Nella maggior parte dei casi di una affezione psichica iniziale il punto capitale del quadro sintomatico non sta nei disturbi intellettuali, ma nei sentimenti, nei cangiamenti dell'umore, negli affetti non od insufficientemente motivati, e nei fenomeni di un'abnorme irritabilità d'animo. È interessante il paragonare questi stati patologici del sentimento colle emozioni della vita fisiologica.

Le nostre impressioni ordinarie, il quieto procedere dei nostri sentimenti possono andare soggetti ad una scossa tumultuaria secondo due direzioni. Quando noi parliamo di sentimenti, secondo che la condizione causale produsse un arresto od un acceleramento della nostra attività psichica, facciamo distinzione

(1) Cf. Griesinger, *Pathol. und Therapie d. psych. Krankheiten*, p. 61

tra gli affetti depressivi dello sgomento, della vergogna, dell'inquietudine, dell'affanno, del cordoglio, e i sentimenti espansivi della gioia, della sfrenatezza, dell'allegria.

A questi due modi di essere del sentimento della vita fisiologica corrispondono nel dominio patologico due stati mentali affettivi: la malinconia e la mania.

Se noi confrontiamo il sano di mente immerso in un sentimento doloroso col melanconico, noi non troviamo dapprima esternamente nessuna differenza essenziale; in ambedue è egualmente impresso nella fisonomia il dolore psichico e l'abbattimento prodotto dal dolore. Ambedue sono oppressi forzatamente dai proprii pensieri e sentimenti dolorosi, ambedue sono incapaci di interessarsi per tutto quanto trovasi fuori di quella cerchia di idee che li assedia, e di attendere ai doveri ed alle occupazioni abituali; in ambedue il sonno sarà deficiente, l'appetito diminuito, l'attività della peristalsi intestinale depressa e la nutrizione generale decaduta. La differenza reale fra il sano contristato dal dolore ed il melanconico consiste sopra tutto in ciò, che nell'uno il dolore psichico è un dolore motivato, è la reazione fisiologica ad un'azione esteriore, mentre nell'altro quello non procede dall'esterno o almeno non è prodotto da una causa adeguata, ma invece da un processo interno: il suo organo psichico ammalato presenta all'individuo delle immagini e delle idee che non corrispondono alla realtà, e la coscienza sua è troppo disturbata per riconoscere la falsa moneta, sulla quale egli fa i suoi calcoli.

Questo scambio fra il dolore psichico motivato e la malattia mentale ha luogo frequentemente solo fra i profani, i quali si arrestano ai tratti esternamente uguali della forma fenomenica. Desso è tanto più facile in quanto che non raramente l'affezione mentale ha la sua origine in un sentimento depressivo ben motivato, il quale dapprima fisiologico, passando poi insensibilmente in uno patologico, fa scomparire la differenza cardinale che esiste fra un processo psichico fisiologico motivato ed uno psichico-patologico spontaneo.

Il diverso significato fondamentale nei due casi deriva da un'erronea opinione dei profani, i quali ritengono il cattivo umore come fisiologico e contano sulla influenza riparatrice del tempo, sulla scomparsa delle cause deprimenti, sul risveglio delle speranze, sulle distrazioni e sulle consolazioni della persona melanconica. Mentre tutto ciò è da aspettarsi nel caso in cui la tristezza di umore è fisiologica, ha luogo l'inverso nel malato di mente. Le parole di esortazione, di conforto lo amareggiano; le distrazioni vengono ricusate od anzi lo irritano; persuaderlo colla logica che egli non è rovinato, che nessun tentativo di pericolo lo minaccia e via dicendo, lo acquieta forse momentaneamente, ma ben presto egli manifesterà una nuova idea delirante, come per esempio di essere un delinquente. La sorgente dei suoi sentimenti e delle idee abnormi è appunto una malattia cerebrale, essa è organica e non psicologica.

Le stesse analogie ci offre il confronto del sentimento espansivo del sano di mente collo stato del maniaco, quando quello ha raggiunto una certa altezza. Per altro non potremmo scegliere come oggetto della nostra osservazione l'uomo colto e ben civilizzato, il quale è educato a padroneggiare i suoi sentimenti, ma un fanciullo, un uomo incolto non abituato a dominare i suoi sentimenti, od eziandio un uomo colto, che si trova in uno stato, nel quale il sentimento è divenuto così potente e dominante, che egli spezza quei limiti della moralità e della convenienza che regolavano le sue manifestazioni volontarie. Immaginiamoci lo stato di un amante, il quale inaspettatamente si vede salvata da morte sicura la donna che forma l'oggetto de' suoi desideri, oppure di un avaro che riceve la notizia di avere guadagnata una grande fortuna. Tutti e due non si distingueranno per un momento, all'aspetto esterno, da un maniaco: salteranno e balleranno follemente, mostreranno una pazza allegrezza; l'animo loro ribocchera di felicità e si noterà perfino un discreto disordine nelle idee, favella interrotta, di quando in quando esclamazioni, incoerenza nelle idee in seguito alla soverchia pienezza della coscienza.

Ma nell'uomo felice questa tempesta è passeggera; il tempo influisce utilmente ed in modo rapido. Nel maniaco invece il disturbo, che ha un fondamento organico, può continuare per settimane e per mesi e talvolta anzi sino all' esaurimento.

Così lo studio dei sentimenti fisiologici fornisce dei punti importanti di appoggio e dei confronti per ciò che avviene nella pazzia affettiva; anzi ad un' osservazione esatta nessun limite netto si trova fra gli affetti che si svolgono nel dominio di un campo ancora fisiologico e certi affetti i quali sono motivati dall'esterno, sebbene in modo scarso, ma che per la intensità, per la durata, per la perdita temporanea della coscienza individuale, sono patologici, come si osserva in certe organizzazioni morbose del cervello e in certe malattie nervose (epilessia ecc.).

Come oscillino i limiti fra la sanità e la malattia mentale, lo dimostra l' osservazione di una categoria di uomini, i cui tipi s' incontrano in una straordinaria quantità nella vita pubblica e privata, e sui quali il giudizio è così diverso, che può correre fra gli estremi di un genio e di un pazzo (1). In questi uomini si osservano delle qualità singolari nei pensieri, nei sentimenti e negli atti; reagiscono ad eccitamenti che per altri non esistono, e di più in un modo che è insolito e strano ed all' occasione frutta ad essi la fama di uomini bizzarri, se non ancora di pazzi, semplicemente perchè la sterminata maggioranza degli uomini sente ed agisce diversamente da essi. Così anche in simili individui le idee sono associate in modo insolito fra di loro; essi vedono le cose sotto certi rapporti singolari, insoliti, che talvolta colpiscono e che indicano perfino un progresso; ma nel più dei casi non sono pertanto capaci di ricavare utilità da queste nuove idee. Questi uomini non sono ancora pazzi, ma tuttavia non sono del tutto normali. Si trovano sulla soglia della pazzia, e formano il ponte di passaggio ad essa.

(1) V. il sorprendente confronto fra *genio* e *pazzia* in Maudsley, *Physiol. u. Pathol. der Seele,* trad. ted di Boehm, p. 308.

Queste nature problematiche si comprendono precipuamente rintracciando la loro origine. In regola generale derivano da pazzi, od almeno ne lasciano osservare nei loro consanguinei. Lo studio e la conoscenza di questa classe, come insegna la psichiatria, elevano questa molto al di là dello stretto orizzonte di una scienza di osservazione, e la fanno riconoscere come un'importante scienza ausiliare della storia naturale della mente umana.

Di questi pseudogenii se ne trova una quantità infinita nella vita pubblica, ora occupati nel campo tranquillo di importanti scoperte, di progetti di generale utilità, che poi ad una esatta ricerca appariscono come velleità; ora nel campo della politica, della religione e del Governo. Dalle loro file vengono fuori quegli inventori, quelle teste irrequiete, i riformatori del mondo, i campioni delle rivoluzioni, i fondatori di nuove sètte, ai piani dei quali talvolta i tempi agitati prestano facilmente orecchio, ma la cui opera è necessariamente caduca, giacchè fu solo il frutto di una mente, certo induttiva, ma confusa e non quello maturato dallo sviluppo della coltura, quando anche sia il prodotto anticipato della mente di un genio (Maudsley). Lo studio di tali nature problematiche ci chiarisce la cognizione di certe forme di pazzia (paranoia originaria), in cui è parimente singolare la unilateralità di certe aspirazioni, la fissazione in un certo ordine di idee assurde, che viene a dominare tutta la mente. È frequente che nel corso della vita di questi individui, strani originariamente, si sviluppi in modo insensibile un vero stato di delirio.

Una interessante analogia colla pazzia ce l'offrono poi gli avvenimenti del sogno (1).

Egli è certo che fra il sogno e la pazzia esiste una differenza fondamentale, poichè quello è un fenomeno che avviene durante il sonno, questo invece nella veglia. Per altro è

(1) Moreau, *Annal méd. psychol. 1855*, p. 361; Maury, *ibid.* p. 404; Griesinger, *op. cit.*, p. 108.

da rimarcare che i nostri sogni sono appunto vivacissimi quando noi ci troviamo in uno stato di semisonno, e che gli stati di sopore e di sonnambulismo rappresentano stati di passaggio fra il sonno e la veglia. Ora ciò che rende specialmente istruttivi i fenomeni del sogno, per intendere certe manifestazioni della follia, si è la circostanza, che in ambedue gli stati la produzione delle idee e delle immagini sensoriali avviene di preferenza per un eccitamento interno spontaneo, contrariamente a quanto si nota nello stato di veglia e di sanità mentale, in cui quella è dovuta a percezioni esterne e ad associazione delle idee.

Come cause di quell'eccitamento spontaneo automatico dei centri rappresentativi del cervello, si annoverano gli stimoli interni (alterazioni del sangue); i loro prodotti sono idee non conformi alla realtà (deliri) ed allucinazioni.

Siccome in ambidue gli stati il continuo eccitamento automatico richiama idee affatto disparate e l'associazione delle idee, la quale in conseguenza è a permanenza disturbata e di più assai ridotta, non può più collegare le rappresentazioni secondo il loro contenuto logico, ma tutto al più le ordina secondo una rassomiglianza superficiale, la quale spesso è data solo dall' esterna consonanza od assonanza delle parole, ne succede quella confusione e quella incoerenza che distinguono tanto il sogno come certi stati di follia.

Inoltre una sorprendente analogia fra i due stati è data dalla trasformazione fantastica e dalla esagerazione che trovano nel sognante e nel pazzo certe impressioni già penetrate nella coscienza dal mondo esterno o corporeo.

Come in colui che sogna, per opera della fantasia una puntura d'ago viene scambiata colla ferita di una spada, la pressione delle coltri con un grave peso, l' intormentimento di un arto è ritenuto per una paralisi e le angosciose sensazioni per disturbi della respirazione danno origine ad incubi ed all' idea di essere sepolti vivi; altrettanto avviene per riguardo alle sensazioni dei pazzi, le quali vengono elaborate e trasformate nelle idee deliranti le più strane. Un' altra ana-

logia l' offre il non raro sdoppiamento della personalità nei due stati. I pensieri proprii del pazzo vengono talvolta da lui stesso attribuiti ad un'altra personalità (demonomania); così anche nel sogno noi poniamo nella bocca di altre persone idee nostre, disputiamo con esse, ecc.

È specialmente interessante nel pazzo, che egli contro le prove de' suoi sensi, contro tutta l'esperienza acquistata, crede per fermo a cose fittizie, nè può correggere l'assurdità assoluta, fisicamente affatto impossibile, che gli suggerisce il suo cervello ammalato. Lo stesso ci avviene nel sogno; noi viviamo in un mondo il più assurdo, il più contradditorio, senza dubitare della sua realtà, ne restiamo altamente sorpresi come il pazzo, anzi per un momento presentiamo che ciò dev'essere un sogno, come il pazzo in un momento passeggiero di lucido intervallo riesce a riconoscere le sue chimere ed ha coscienza della sua malattia.

La causa di questo fenomeno nel sogno consiste nella soppressione di quell'attività psichica più elevata che presiede ai processi della riflessione e del giudizio, e nella mancanza di controllo da parte dei sensi, i quali sono chiusi al mondo esterno. Nel pazzo la correzione è impossibile per la malattia dell'organo psichico, pel conseguente disturbo della coscienza e per gli errori di questa in seguito a immagini sensoriali subiettive (allucinazioni).

Inoltre è degno di nota, che tanto i sogni piacevoli nei sani, come i deliri gai ne' pazzi, sono molto più rari che i non piacevoli. Secondo l'esperienza i sogni piacevoli sono frequentissimi quando la mente ed il corpo sono esauriti. Lo stesso osserviamo nel pazzo in quei casi in cui un intenso delirio di grandezza accompagna dei processi cerebrali che conducono alla decadenza ed alla distruzione psichica, ed è perciò che questo fatto acquista un significato sfavorevole.

Questi stati di coscienza analoghi nel sogno e in certe forme di pazzia ci spiegano il fatto di molti guariti, i quali ricordano soltanto come un sogno l'intero periodo della malattia supe-

rata. Anche la guarigione della pazzia si assomiglia sotto molti aspetti allo svegliarsi da un sogno; talora è una guarigione improvvisa, ed il malato è repentinamente cosciente di aver delirato; più frequentemente ne mantiene un leggero ricordo; nel periodo di lucidità si affacciano i residui delle rappresentazioni erronee, come le idee del sogno nello stato di sonnolenza; cosicchè la persona che guarisce, dopo un laborioso e penoso processo di schiarimento ed una lotta fra il mondo fantastico e reale delle idee, riesce a riconoscere la malattia e i suoi prodotti.

Anche il delirio febbrile e quello dell'inanizione (1) ci offrono importanti punti di partenza per intendere certi fenomeni della pazzia, specialmente la origine spontanea delle idee deliranti, dovuta ad un eccitamento idiopatico di una parte rappresentativa della corteccia cerebrale. La manifestazione irregolare di queste idee generate da stimoli inadeguati (disturbi circolatorii), l'abolizione contemporanea dei processi elevati della riflessione, dell' associazione delle idee, i quali potrebbero ordinare il materiale straricco ma disparato, spiegano la incoerenza del delirio, per cui si ha piuttosto l'impressione di un disordine mentale con allucinazioni che quella di un delirio sistematico. E siccome non vi prendon parte le abnormi disposizioni dell' animo, le idee deliranti fisse ed una totale trasformazione della personalità, il delirio sembra piuttosto una specie di sogno nello stato di veglia o di semiveglia, in seguito ad un eccitamento nervoso dell'organo psichico. Inoltre si nota il carattere più sintomatico, l' esplosione più rapida, la durata più corta che nella vera malattia mentale, fenomeni questi che noi d' altra parte ritroviamo allo stesso modo in certi disturbi mentali transitorii e del tutto sintomatici (mania epilettica, isterica, mania transitoria). Da ultimo è da fare attenzione ancora alla disposizione molte volte uguale che esiste per il delirio e per la pazzia, disposizione che con una

(1) Emminghaus, *op. cit.* p. 243.

parola viene indicata come costituzione neuropatica, come stato di diminuita capacità di resistenza nel cervello.

Finalmente l'intossicazione alcoolica acuta (1) ci offre la migliore analogia colla pazzia e nello stesso tempo la più completa, poichè ne rappresenta tutte le forme, da quegli stati di semplice malinconia, come li produce talvolta l'ebbrezza, in forma della così detta *miseria ubbriaca,* fino a quegli stadi estremi di completa abolizione delle funzioni psichiche, come non è dato di osservarne dei più gravi nella demenza terminale. Ma anche la forma la più grave della pazzia, la demenza paralitica, si trova spesso così fedelmente riprodotta sotto il quadro della ubbriachezza, che in una osservazione superficiale soltanto l'anamnesi può distinguere, se abbiamo dinnanzi a noi la paralisi alcoolica acuta guaribile, o quella del pazzo inguaribile. L'ubbriachezza è propriamente nient'altro che una pazzia artificiale, e noi vi possiamo constatare due fatti fondamentali delle psicosi, che cioè, secondo le disposizioni costituzionali, una stessa causa dà luogo a quadri morbosi affatto differenti, e che gli stati di eccitamento precedono quegli stati di paralisi psichica che si osservano tanto negli stadi dell'ubbriachezza con privazione dei sensi, come nella demenza terminale, esito di una malattia mentale. Nella maggior parte dei casi l'azione dell'alcool si manifesta da principio in forma di un leggero eccitamento maniaco. Tutte le funzioni psichiche e corporee sono aumentate; la successione delle idee è più facile; il taciturno diventa ciarliero, il tranquillo vivace. Un esagerato sentimento di sè conduce talvolta all'audacia, alla sfrontatezza, all'allegrezza; un maggior bisogno di moto muscolare, un vero costringimento al moto si manifesta col canto, colle grida, colle risa, coi balli e con ogni sorta di atti audaci e spesso senza scopo. Dapprima però le leggi della convenienza non sono dimenticate e un certo dominio sopra sè stesso viene esercitato; ma coll'azione progressiva dell'alcool si estingue,

(1) Casper, *Lehrb. d. gerichtl. Med., parte biologica.* p. 454; Bayle, *Annal. med. psychol. 1855,* p. 422; Lasègue, *Archiv. génér. 1853,* I, p. 49; Griesinger, *op. cit.* p. 41.

come nel maniaco, quella serie di idee estetiche e di sentimenti morali che stanno, arrestando e controllando, ai comandi dell'*io* sano. In questo stadio l'ubbriaco non è più capace di trattenersi, manifesta i difetti del suo carattere, i suoi secreti (*in vino veritas*), non fa conto degli usi e delle convenienze, diventa cinico, brutale, prepotente e violento; egli ha perduto altresì la capacità di giudicare il proprio stato e non si crede punto ubbriaco, come il delirante non crede d'esser pazzo, e si prende a male se gli si fa la sua vera diagnosi. Finalmente succede uno stato di debolezza psichica, la perdita della coscienza, la perdita dei sensi; vengono in scena allucinazioni ed illusioni; si nota confusione ed uno stato di profondo stupore con balbettamento, con barcollamento, con movimenti incerti, perfettamente come in un paralitico, chiude la spiacevole scena. La somiglianza della pazzia artificiale colla reale risulta anche da ciò che talvolta, ad ogni modo però sempre sopra il fondo di una speciale disposizione, l'ubbriachezza si manifesta in forma di delirio acuto o di mania transitoria, od è la causa più prossima di una pazzia durevole insorta immediatamente da essa.

SEZIONE SECONDA

I disturbi elementari delle funzioni cerebrali nella pazzia.

L'esame clinico degli stati psicopatici complicati, che sono descritti dalla patologia speciale nelle così dette forme della pazzia, presuppone lo studio dei disturbi elementari dai quali essi derivano. Innanzi tutto si presentano le anomalie psichiche, la cui manifestazione predominante crea per l'appunto un posto speciale alla psichiatria nel dominio della patologia cerebrale.

La considerazione di questi disturbi psichici elementari ha poi valore, non solo per intendere le manifestazioni morbose della pazzia, nella quale quelli si manifestano in copia e come quadri morbosi ben definiti, ma ancora riesce straordinariamente importante per la patologia generale del sistema nervoso centrale, in quanto che tali disturbi entrano, benchè in modo isolato e passeggero, nel quadro clinico di altre affezioni cerebrali e nervose che, strettamente parlando, non vengono computate tra le malattie psichiche.

Ciò vale specialmente per le allucinazioni e le illusioni, per i disordini nella riproduzione delle idee, pel decorso formale, per l'appercezione, per i fenomeni di abnorme emotività ecc. La psichiatria clinica pertanto non può limitarsi allo studio dei fenomeni psichici della pazzia, giacchè spesso la maggior difficoltà della diagnosi, della prognosi, della patogenesi, non poggia tanto in essi quanto piuttosto nei disturbi funzionali di moto, di senso e vasomotori.

Conformemente al significato funzionale del cervello, come organo centrale deputato alle funzioni psichiche, sensorie, sensitive, motorie, vasomotorie e trofiche, ne risultano dal punto di vista clinico, come espressioni di una malattia cerebrale, altrettanti gruppi di disturbi elementari. Oltre a questi, sono da considerarsi certi disordini della vita vegetativa, della nutrizione, delle secrezioni, del respiro, del circolo, della calorificazione, i quali direttamente od indirettamente sono prodotti dalla malattia dell' organo psichico.

CAPITOLO I.

—

I disturbi psichici elementari (1)

Preliminari psicologici.

La varietà dei fenomeni della vita psichica sana e malata esige dapprima che se ne dia un prospetto generale ed una classificazione. Questa appare naturalissima secondo le tre direzioni fondamentali, nelle quali si estrinseca l'attività della vita psichica. Si distinguono dunque:

I. — Manifestazioni nel lato affettivo della sfera psichica. — Stati affettivi e moti affettivi (*Gemüthszustände* e *Gemüthsbewegungen*).

II. — Manifestazioni nella sfera intellettiva, la quale comprende in sè la più gran parte di tutte le attività attribuite all'intelligenza, alla ragione, alla memoria ed alla fantasia.

III. — Modificazioni nella sfera psicomotoria. — Istinti ed attività volitive.

Per conseguenza noi parliamo di anomalie del sentimento (Fühlen), delle idee (Vorstellen) e della volontà (Streben).

Questa divisione ha solo un'importanza didattica; nè quindi con essa si cade nell'errore di una vecchia psicologia metafisica, la quale ammetteva una triade di facoltà psichiche isolate, indipendenti, e quindi diede occasione a conseguenze le più erronee (Monomanie, disordini parziali della mente).

(1) Cf. Griesinger, *op. cit*, p. 61; Brosius, *Die Elemente des Irreseins*, 1865; Schüle, *Handb. der Geisteskrankheiten*, p. 39; Hemminghaus, *Allg. Psychopathologie*, p. 61.

La psicologia empirica (1) riconosce solo una vita psichica unitaria, nella quale le diverse facoltà, strette in un mutuo rapporto solidale unitario, indicano soltanto i lati specialmente manifesti dell'attività psichica.

Tutti i fenomeni funzionali della vita psichica, gli elementari come i complicati, trovano il loro punto di congiunzione nella coscienza individuale (*Io*). La coscienza è formata dalle idee presenti nell'unità di tempo all'*io* consapevole. Tutto ciò che non è presente alla coscienza è idea latente, virtuale. Gli elementi della nostra coscienza e per conseguenza di tutta la vita psichica e degli atti sono le idee. Ogni idea si sviluppa dalle sensazioni (rappresentazione sensoriale, intuizione, percezione; *sinnliche Vorstellung, Anschauung, Wahrnehmung*); le sensazioni sono idee elementari e posseggono una intensità ed una qualità.

La prima è dipendente dalla eccitabilità di chi sente (misurata dal minimum di stimolo atto ad essere percepito, — soglia dello stimolo). Il grado della eccitabilità è variabile, dipendente dallo stato di eccitabilità degli organi dei sensi, della corteccia cerebrale (attenzione, sonno, veglia) e dall'azione contemporanea di altri stimoli; varia anche secondo le diverse regioni sensoriali ed è determinabile colla psicofisica.

La qualità di una sensazione dipende dalla specie e dalla forma del movimento (numero e lunghezza delle vibrazioni) che consegue all'eccitamento esterno. I diversi apparecchi di senso, per la loro disposizione anatomo-fisiologica, rispondono colla sensazione solo entro certi limiti determinati dalla celerità delle oscillazioni.

Dalla quantità sterminata delle singole sensazioni si vanno formando poco a poco, col fondersi delle simili e col differenziarsi

(1) Soltanto i preliminari psicologici e psicofisici più indispensabili possono qui essere esposti. Opera classica per lo studio della psicologia empirica è quella di Wundt, *Grundzüge der physiologischen Psychologie 1873*; poi vedi Herbart, *Lehrb der Psychol. 1834;* Domrich, *Die psych. Zustände 1849;* Jessen, *Versuch einer wissenschaftl. Begründung der Psychologie 1855;* Griesinger, *op. cit*, p. 25; Schüle, *Handb.*, p. 3.

delle dissimili, le rappresentazioni sensoriali (*sinnliche Vorstellungen*), le quali si collegano fra di loro, si rendono indipendenti dalla sorgente sensoriale che le ha originate e servono a formare le rappresentazioni generali, le idee, i giudizi e le induzioni. Tenute riunite dalla coscienza dell'unità del corpo, pervengono finalmente ad un complesso di rappresentazioni (Io), che si pone di contro al mondo esterno e quindi anche a qualunque nuova rappresentazione che si presenta.

Tutte le rappresentazioni (sensoriali) percorrono la coscienza colle forme intuitive del tempo e dello spazio.

Ogni rappresentazione, una volta penetrata nella coscienza, può essere riprodotta e riconosciuta identica a quella originaria (memoria).

La riproduzione è spontanea (eccitamento fisiologico), od è richiamata direttamente da una impressione sensoriale (appercezione), indirettamente dal processo di associazione che si collega ad una percezione.

Quanto più frequente, più chiara e quanto più rafforzata da un sentimento, l'idea originaria si trova nella coscienza, tanto più facilmente diventa possibile la sua riproduzione. L'idea riprodotta può essere identica alla originaria o diversa (fantasia). La fantasia non crea nulla di assolutamente nuovo, ma solo una nuova combinazione dell'antico. La sua attività formativa è in parte involontaria, in parte influenzata dalla volontà.

La rappresentazione sensoriale è accompagnata nella sua riproduzione da una debole coeccitazione sensoriale (immagine sensoriale, *Sinnesbild*), come pure l'idea viene messa in azione costantemente subordinata ai sensi.

Le nostre idee concrete sono continuamente accompagnate da certi moti psichici, che si chiamano sentimenti (*Gefühle*). Questo accentuarsi delle idee per mezzo dei sentimenti per cui esse acquistano un tono, è un fatto che viene ascritto all'animo (*Gemüth*). La diversità del tono (piacere, dispiacere) dipende in parte dal contenuto della rappresentazione concreta, dalla intensità e durata della stessa (stimoli disaggradevoli in sè e per sè, che agiscono troppo intensamente o troppo a lungo e

determinano un sentimento spiacevole), in parte dalla qualità delle idee (sensoriali, astratte, appercepite, riprodotte), inquantochè le idee richiamate mediante impressioni sensoriali (percezioni sensoriali, sensibilità generale, *Gemeingefühle*), eccitano nella coscienza (*Gemüth*) dei sentimenti (*Gefühle*), di una singolare intensità.

Di un'importanza non inferiore a quella del contenuto delle idee per la riproduzione dei sentimenti, è la qualità, il modo della disposizione formale del decorso delle idee.

La lentezza o l'arresto della ideazione (non comprendere, non potersi ricordare di un fatto) genera un vivo sentimento di dispiacere; lo stesso produce un deficiente scambio delle idee (noia, melanconia). Invece la ideazione pronta, facile (trovare la soluzione di un problema, ricordare un nome stato dimenticato ecc.), la successione rapida delle idee (divagamento, eccitamento ecc.) procurano un sentimento di piacere. La risultante di tutti i sentimenti presenti nella coscienza costituisce la disposizione d'animo, l'umore (*Stimmung*). Questo è in rapporto col contenuto delle idee concrete, colla qualità e col modo con cui avviene il processo formale della ideazione e col sentimento generale (*Gemeingefühl*) L'affetto (*Affekt*) rappresenta un modo di reazione del sentimento alle idee, ch'è di grado elevato e commuove tumultuariamente la coscienza. Le sue condizioni consistono nella rapidità delle rappresentazioni che lo determinano, nel loro contenuto, nel significato speciale che hanno per il nucleo più interno della personalità (Io), nella loro durata e nella eccitabilità del soggetto (la quale poi è in rapporto colle impressioni precedenti, col tono abituale, col temperamento).

I moti dell'animo, (*Gemüthsbewegungen*) possono aver luogo tanto a mezzo d'idee riprodotte, quanto anche mediante percezioni sensoriali. Di una importanza speciale per la patologia sono le rappresentazioni depositate nell'organo psichico, a mezzo d'un'azione riflessa, da processi incoscienti (irritazione di organi periferici, come nell'ipocondria, disturbi nutritivi nell'organo psichico e coscienza di un arresto nelle sue funzioni). Esse possono cagionare vivi affetti, senza che la rappresentazione

ideativa corrispondente abbia bisogno di diventare chiaramente cosciente e di assumere un contenuto concreto.

Anche nella produzione degli affetti, le modalità formali di decorso del processo mentale hanno una gran parte. Gli affetti i più violenti sono richiamati da quelle idee, il cui decorso è turbato (idee fisse) o molto agevolato.

L'affetto riesce particolarmente violento, quando una idea, associandosi ad un vivo sentimento (*Gefühl*), si cambia in un desiderio (*Streben*), e questo stato di reazione non trova modo di sciogliersi sul momento. Allora insorge l'affetto della collera, del furore, mentre al contrario, se cessa rapidamente questa tensione (realizzazione del desiderio), si determina un sentimento di piacere.

Secondo il contenuto distinguiamo gli affetti di piacere e di dolore.

Gli affetti agiscono sulla circolazione, sul tono muscolare e sui processi vegetativi, e procedono insieme alle modificazioni di queste funzioni. Ciò vale tanto per gli affetti dell'uomo sano, come per gli stati affettivi del pazzo (malinconia, mania). Degne di considerazione speciale sono certe sensazioni precordiali (ambascia e piacere precordiale) e certe manifestazioni secretorie (pianto) e motrici (riso).

Una forma specialmente importante, nella quale possono prender parte sentimenti ed affetti, è la etica. I sentimenti di questa si riferiscono esclusivamente alla personalità, sia questa la propria (sentimento di sè stesso, *Selbstgefühl*) o l'altrui (simpatia, *Mitgefühl*) e prendono origine da idee, le quali concernono il nucleo più intimo della personalità psichica, la massa delle idee che formano la propria coscienza. La simpatia rappresenta un grado più elevato di sviluppo che non il sentimento di sè stesso, ed è dovuta a ciò, che noi trasportiamo il nostro sentimento proprio in un'altra personalità, e con questa sentiamo. La simpatia, in un grado di sviluppo più basso, si limita ai congiunti più prossimi, o si estende, quale fiore nobilissimo dello sviluppo della civiltà, alla totalità degli uomini. La preminenza della simpatia sul senti-

mento di sè stesso costituisce la meta del processo etico, del perfezionamento tanto di ogni uomo come delle masse. La più alta soddisfazione del sentimento proprio deriva dal compimento di quei doveri, che formano la base fondamentale di tutti i precetti morali. Sul valore subiettivo di questi poggia la coscienza, e sul valore obiettivo la moralità. Questa viene elevata a legge, se dalla totalità degl' individui (Società, Stato) è dichiarata come un ordine obbligatorio, che per ognuno diventa un dovere l'eseguire. In sostanza i sentimenti etici ed i moti affettivi si presentano, come in generale gli affetti, sotto due forme: i sentimenti di piacere (stima di sè stesso, rispetto verso gli altri, congratulazione) e i sentimenti di dolore (disprezzo di sè stesso, disprezzo verso gli altri, compassione).

Ritornando sui processi della ideazione, troviamo come carattere comune ad essi, di essere subordinati a certe categorie generali dello spazio e del tempo. L'idea generale dello spazio viene data originariamente dalla facoltà del senso tattile e del senso muscolare, colle quali ci orientiamo; l'idea generale del tempo deriva dall'associazione delle idee, in quanto che queste, scambiandosi reciprocamente e accumulandosi, passano nella coscienza. Il tempo più corto entro il quale un'idea succede all'altra è misurabile colla psicofisica e raggiunge in media un ottavo di secondo. L'idea che esiste in un dato tempo nella coscienza ne richiama alcune dalla quantità straordinaria delle idee latenti, che si trovano al disotto della soglia della coscienza, e da queste viene sostituita. Questo processo è in gran parte involontario. L'attenzione e la volontà hanno il potere di modificare il decorso delle idee, ma solo in una misura limitata.

Per altro il succedersi reciproco delle idee non accade senza una regola. Il nostro pensare astratto si svolge in forma di giudizi, i quali decorrono logicamente riuniti sotto la veste del linguaggio. Oltre a questa successione logica delle idee ne esiste una meccanica, la così detta associazione delle idee.

Le idee possono richiamarsi fra di loro meccanicamente: secondo il rapporto fra il tutto e le sue parti (un pezzo del

corpo, una parte di una statua risveglia l'idea completa di tutto il corpo, della statua intera), o secondo il rapporto fra causa ed effetto (uno sparo che si ode risveglia l' idea di un cacciatore, di un fucile), fra somiglianza e contrasto (una fisonomia, che richiama alla mente altre simili, l'idea del cielo che si associa, per contrasto, all'idea dell'inferno), o per la connessione dovuta all'abitudine (Padre nostro, che sei nel cielo), perchè le idee si originarono primitivamente nello stesso tempo e nello stesso luogo (riproduzione di avvenimenti affatto disparati, che sono accaduti contemporaneamente, ricordo di una persona nel rivedere un luogo dove s' imparò a conoscerla) e finalmente dalla somiglianza fonetica (fatto—patto, falco—palco). Nelle condizioni fisiologiche, malgrado tutta l'energia della volontà, un' idea concreta persiste solo per breve tempo nella coscienza, poichè viene oscurata, allontanata e sostituita da altre; in condizioni patologiche (arresto nell' associazione delle idee), essa può restare nella coscienza con una intensità e una durata morbose, e così essere causa di molti disturbi (idea fissa).

Il lato motorio della vita psichica offre nei diversi gradi del suo sviluppo vari fenomeni.

La forma più bassa dei movimenti è il movimento riflesso; il quale, prestabilito nella disposizione anatomica del sistema nervoso centrale, si trova già nel neonato. Si compie fuori della coscienza e suo stimolo sono gli eccitamenti sensibili. Una forma più elevata di movimento, ma che ancora si avvicina al movimento riflesso, è quella senso-motoria, prodotta per mezzo di impressioni sensoriali, che ha luogo sulla soglia della coscienza. In un grado più alto trovasi il moto impulsivo istintivo, le cui cagioni sono le sensazioni organiche; rappresenta un grado basso della coscienza.

Una funzione psicomotoria perfezionata è la volontà, la quale si compie entro la sfera della coscienza. Il suo *primum movens* è una idea rafforzata da un sentimento. Quanto più intenso è il sentimento che si associa all'idea, tanto più presto le tien dietro un desiderio. Il movimento che è subordinato alla sod-

disfazione di un desiderio si chiama atto. Per contro se la cosa alla quale si aspira viene solo pensata come conseguibile, resta semplicemente una brama, un desiderio. Ogni atto si presuppone sempre motivato dalle idee, ma queste possono essere più o meno chiaramente coscienti. Un atto, la cui causa determinante non riesce evidente alla coscienza, è impulsivo. In un grado affine a questo stanno gli atti affettivi; i quali, sebbene abbiano origine in sè e per sè incoscientemente ed involontariamente, possono però fino ad un certo grado essere frenati dalla volontà (educazione).

Il grado più elevato degli atti lo presenta per converso la così detta libertà d'azione. Le sue condizioni sono: le idee complesse, pienamente coscienti, della utilità e della moralità, la riflessione sulle diverse possibilità del volere o del non volere, basata su qualche motivo logico e morale, e la possibilità di determinarsi ad agire conformemente a questo.

CAPITOLO II

Disturbi psichici elementari

Le anomalie del sentimento (Gemüth) (1).

La esperienza clinica, insegnandoci che nella maggior parte dei casi di pazzia, la malattia cerebrale che ne costituisce la base non si manifesta dapprincipio con giudizii erronei, con delirio, con errori sensoriali, ma con morbose modificazioni dell'umore e degli affetti, ci invita dapprima allo studio delle anomalie del sentimento. Queste si possono dividere in alterazioni morbose nel contenuto della vita sentimentale ed in quelle della disposizione formale dei moti del sentimento, specialmente per ciò che si riferisce alla facoltà di risvegliare le emozioni.

1) *Disturbi nel contenuto — Morbose disposizioni dell'animo (Krankhafte Gemüthsstimmungen).*

Appare morbosa quella disposizione dell'animo che si rivela spontaneamente, vale a dire non è giustificata da una corrispondente causa esterna; la sua insorgenza non è quindi psicologica, ma organica. Essa è l'espressione di un disturbo di nutrizione nell'organo psichico.

Perciò tale cambiamento del tono sentimentale si distingue dal fisiologico che è sempre motivato. Nelle psicosi deve essere

(1) Cfr. Brosius, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 14, pag. 189; Wachsmuth, *id.* 15, p. 325; Frese, *id.* 27, p. 59; Meynert, *Psych. Centralbl. 1871*, 12 e *Anzeiger d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien 1875*, 10; Spamer, *Archiv. f. Psych. VII*, p. 160; Emminghaus, *Psychopathol.*, p. 62-102; Schule, *Handb.*, 2. ediz. p. 39.

stabilita una tale distinzione. Si dànno molteplici disposizioni dell'animo che realmente provengono da condizioni morbose, ma in sè e per sè non hanno nulla di patologico, e sono la reazione naturale di queste. Così p. es. un individuo affetto da delirio di persecuzione, ascolta delle voci che gli dicono ch'è un cattivo soggetto, che la sua vita è minacciata, ed è perciò dolente. Il malato di delirio sensoriale, il paranoico espansivo, il paralitico hanno deliri di grandezza, hanno percezioni corrispondenti allucinatorie e si sentono elevati nelle proprie disposizioni e nel sentimento di sè stessi. Sarebbe al contrario più patologico ed un segno di profondo decadimento psichico, se il malato non reagisse in modo corrispondente.

Queste disposizioni reattive, depressive ed espansive, della pazzia non debbono esser confuse colle disposizioni primarie, spontanee e perciò morbose delle malattie affettive (melanconia, mania). Le stesse disposizioni che rivela la vita fisiologica, trovansi anche nella pazzia.

Praticamente è utile distinguere gli stati dell'animo morbosamente dolorosi e morbosamente gai.

a) La disposizione morbosa alla tristezza *(Die schmerzliche Stimmung)* è il fenomeno fondamentale in tutti gli stati melanconici della pazzia.

Si tratta qui di un processo analogo a quello che succede in un nervo di senso, che è in preda ad un disturbo morboso di nutrizione e reagisce in forma di una nevralgia.

Funzione specifica della corteccia cerebrale sono i sentimenti e le idee. I disturbi di nutrizione di questa dànno luogo al dolore psichico (Nevralgia psichica).

Ma mentre, nel caso del nervo affetto da nevralgia, la coscienza reagisce semplicemente in forma di un sentimento generale (dolore), l'effetto è più complicato quando l'organo della coscienza è per sè stesso ammalato. Per la solidarietà di tutte le funzioni psichiche, debbono dai disturbi elementari risultare necessariamente ulteriori disturbi. Perciò il dolore psichico generato dapprima organicamente, trova nelle condizioni psicologiche una circostanza che maggiormente lo aumenta.

Una sorgente importante di dolore deriva innanzi tutto dai rapporti della coscienza male disposta col mondo esterno. Questo viene giudicato secondo la qualità del nostro umore, del nostro sentimento individuale. Uno stesso avvenimento ci fa un effetto differente secondo che ci sentiamo tristi od allegri; uno stesso paese dà luogo in noi a cambiamenti dell'umore, a riflessioni affatto diverse fra di loro, ci apparisce sotto tinte differenti, secondo che vi si associa il dolore od il piacere. La legge fisiologica vale anche nelle condizioni patologiche.

Al melanconico il mondo esterno sembra fosco, alterato, di un diverso colorito; perfino gli stessi oggetti, che una volta gli avevano prodotto un'impressione piacevole, appariscono ora, nello specchio del proprio sentimento modificatosi morbosamente, come oggetti di dolore (disestesia psichica).

Una sorgente ulteriore del dolore psichico è data da ciò, che l'ideazione viene soggiogata dalla violenza dell'umore, del sentimento dominante e solo quelle idee che sono conformi all'umore, hanno il potere di soffermarsi nella coscienza. In base a questa legge si possono riscontrare nella coscienza del melanconico soltanto immagini ed idee dolorose, tormentose. La conseguenza immediata è la monotonia delle idee e quindi necessariamente la noia.

Coll'umore melanconico si associa anche un impedimento al decorso formale del processo ideativo, ed un arresto considerevole nella sfera psicomotoria della vita psichica. Per quest'impedimento di desiderii, per quest'arresto nello scarico delle tensioni psichiche, si accrescono maggiormente i sentimenti dispiacevoli, il che viene altresì aumentato da ciò, che il malato, soggiogato dal disturbo che risente sopraggiunto nel meccanismo psichico, si sente privo di forza e abbandonato ad esso.

Nell'acme della malattia vi si aggiunge ancora, come momento causale importante di dolore, la cognizione del malato che le sue idee non sono più accompagnate dai sentimenti ordinarii del piacere o del dispiacere, e che egli non può più rallegrarsi,

nè rattristarsi di nulla (anestesia psichica). Manca perciò alla sua individualità qualunque stimolo.

Finalmente accanto alle nevrosi psichiche, quali espressioni di un disturbo di nutrizione che è generale, si schierano numerosi disturbi sensitivi (nevralgie, paralgie, par e an-estesie, alterata sensibilità generale); nè meno soffrono le funzioni vegetative e del tono muscolare. Queste molteplici alterazioni sono una sorgente ampia e palese di dolore psichico per la coscienza morbosamente disposta. Se prevale questa sorgente di dolore, la disposizione dell'animo raggiunge l'impronta ipocondriaca. L'umore morbosamente triste esiste a sè e per sè, senza fondamento obiettivo. Nei casi leggeri e transitorii esso si arresta e verrà di regola riconosciuto come morboso; ma progredendo la malattia e turbandosi la riflessione, il malato cerca i motivi della sua tristezza e poichè egli li ravvisa in tutt'altro (mondo esterno, rapporti precedenti della vita ecc.) che in un'affezione del suo sistema nervoso centrale, arriva a una falsa interpretazione del suo stato (v. più oltre, idee deliranti). Specialmente precoce è il bisogno di obiettivare, in chi si trova in preda a sentimenti dolorosi accompagnati da disturbi organici (ipocondriaci). Qui l'idea dei rapporti col mondo esterno è inalterata, ma il malato riguardo al suo stato corporeo arriva all'idea che egli è affetto da una malattia organica per lo più inguaribile, mentre non esistono che disturbi funzionali.

b) La disposizione morbosa alla gaiezza *(Die krankhaftheitere Stimmung)* (Amenomania psichica, Edonia — *Emminghaus)*, colla quale mostra analogie tanto il piacere fisiologicamente motivato, quanto quello provocato da sostanze tossiche (alcool, gas esilarante ecc.), forma il tono affettivo fondamentale dello stato morboso maniaco, ed è diametralmente opposto all'umore melanconico. In virtù delle modificazioni organiche interne, il sentimento proprio è quindi gaio, espansivo e l'apparecchio psichico è disposto solo al piacere.

Con questo tono si presentano le impressioni del mondo esterno e le impressioni del proprio corpo, nella coscienza si

trovano e si mantengono solo le immagini e le idee che corrispondono all'umore, il decorso delle idee è più facile, il contenuto ne è più abbondante, più piacevole, il passaggio dalle idee nei desiderii e negli atti non è impedito, ma anzi facilitato. Inoltre, siccome il malato è consapevole ad ogni momento di questa facilità e rapidità nelle sue idee e nei suoi desiderii, ne risultano per lui altrettanti sentimenti piacevoli, allo stesso modo che nel melanconico la coscienza di rapporti e di stati opposti, arreca dolore.

2) *Disturbi nella disposizione formale dei moti dell' animo* (*Gemüthsbewegungen*) (*Abnorme reazione emotiva*).

I disturbi di questa categoria si distinguono in quelli della facoltà del risveglio della vita emotiva (emotività) ed in quelli dell'intensità della reazione emotiva e del modo di accentuarsi dei sentimenti.

a) *Anomalie dell' emotività.*

Riguardo a tale capacità, come facoltà di colorire le idee percettive o mnemoniche col sentimento di piacere o di dolore, si possono dare due possibilità:

Le emozioni sono abnormemente facili, e la soglia di eccitabilità per gli stimoli emotivi è più bassa che nella vita normale, oppure le dette emozioni non si formano o assai lentamente.

α) Stati di emotività abnormemente facile (Iperestesia psichica, esagerazione dell'emotività) (1).

Questi stati sono sempre l'espressione di un cervello alterato nel suo tono, vale a dire più o meno esaurito nella sua nutrizione, fenomeni di una debolezza funzionale della vita emotiva, che ben può ripetersi da diminuito potere d' arresto dell' attività degli emisferi (*Meynert*). Nel suo più alto grado tale debolezza si esterna in guisa che al più nudo pensiero corrisponde una emozione. In confronto di quel che avviene per le emozioni in un cervello valido, esse non vanno profondamente a connettersi colla coscienza o in ogni caso non vi rimangono lungamente.

(1) Cfr, Emminghaus; *op. cit* , *Psych. Hyperalgie*, p. 69, e *Hyperhedonie*, p. 87.

Questa breve durata della facoltà emotiva spiegasi, in parte pel veloce esaurimento ad una data qualità di sensazione (debolezza irritabile), in parte per la rapida dimenticanza delle idee che sono sorgente di emozioni concrete, in parte ancora pel sostituirsi di quelle con altre nuove.

L'effetto di tale emotività durevolmente ed abnormemente facile, è uno speciale alternarsi dell'umore, poichè a uno speciale cambiamento nel contenuto delle idee corrisponde ogni volta un corrispondente tono dei sentimenti. Questa debolezza irritabile, questa emotività della vita effettiva trovasi in modo prevalente negli indeboliti, nei convalescenti di gravi malattie, come tifo, negli individui disposti per ereditarietà o neuropatia, negli isterici, ipocondriaci, neurastenici, in certe malattie cerebrali organiche (demenza senile, apoplettica, paralitica, sifilide cerebrale, nei primi stadii di questi stati).

Il significato dei sintomi in discorso, considerati come fenomeni di diminuita azione d'arresto dei centri di elevata organizzazione, rilevasi anche dalla compartecipazione al processo psichico delle vivaci attività mimiche, sopratutto motorie e secretorie. Clinicamente questa debolezza trova la sua espressione nella grande instabilità e fiacchezza di questi malati, nella facilità colla quale il pianto e il riso (come nelle isteriche) formano in questi malati, incapaci di dominarsi, un vero contrasto. Riguardo al contenuto si hanno toni sentimentali di piacere o di dolore (iperalgia e iperedonia psichica — *Emminghaus*). Secondo il carattere essenziale delle idee che dànno luogo a corrispondenti sentimenti, possiamo distinguere: *iperestesie sensoriali*, in cui le percezioni del mondo esterno, anche le corporee, sono collegate a senso di dolore (negli isterici, ipocondriaci, febbricitanti, melanconici), o di piacere (soddisfazione per una buona tavola, per divertimenti, senso di euforia della mania); *iperestesia estetica*, come sensazione penosa vedendo brutte opere d'arte, le smorfie del viso, le sporcizie del vicinato, ecc.; e viceversa come senso piacevole per belle opere d'arte, persone e cose del vicinato, con conseguente effetto di simpatie, antipatie,

idiosincrasie. *Iperestesia etica*, come compartecipazione insolitamente vivace a piaceri e dolori estranei, come violento orrore per le azioni volgari ed entusiasmo per le nobili dell'umanità; e riguardo a sè, come reazione emotiva insolitamente vivace alle malattie e alle onorificenze altrui, come facile accendersi in collera o in entusiasmo per corrispondenti idee, come aumentata facilità alla vergogna fino alla schifiltosità e all'intolleranza per la vista delle proprie nudità (certe isteriche), e d'altra parte come soddisfazione estetica artificiale per le opere scultorie ecc.

β) Stati di difficile reazione emotiva, fino all'abolizione di essa *(Gemüthsstumpfheit — Gemüthlosigkeit)* (1).

Una reazione emotiva diminuita e persino abolita riguardo alle impressioni (anestesia psichica), è un frequente ed importante sintomo elementare. Può avere l'importanza di un fenomeno di arresto o di decadimento nel meccanismo psichico. Tale distinzione è clinicamente e prognosticamente importante. Un importante segno differenziale di riconoscimento si rivela in ciò, se il malato è cosciente della sua manchevole emotività e molto più se egli l'avverte dolorosamente (Anestesia psichica dolorosa).

Questo fatto si verifica generalmente nei melanconici. La loro anestesia psichica è un fenomeno d'arresto. L'arresto dei sentimenti piacevoli è effetto della loro disposizione, per azione morbosa e organica fissamente dolorosa, durante la quale il loro umore, nell'acme almeno della malattia, è anche chiuso ad ogni impressione esterna che dovrebbe arrecar dolore. La ragione ne sta in ciò, che il dolore psichico spontaneo è così forte, che le impressioni dolorose esterne riescono deboli troppo per produrre effetto. Altrettanto osservasi talvolta negli stati depressivi

(1) Cfr. Emminghaus, *op. cit.*, *psychische Analgie*, p. 80 e *psych. Anhedonie* p. 92. Snell, *Allg. Zeit. f Psych. 35*, p 587. « Oligoria », vale a dire manchevole suscettibilità, comprende sotto quest'espressione, accanto agli stati di vera anestesia psichica (fenomeni di arresto o di decadimento), anche quelli di annullata appercezione.

violenti fisiologici, dove, per eccesso di impressione dolorosa, subentra uno stato d' ottusità sentimentale e d' indifferenza, per cui davanti a nuove impressioni dolorose non si prova, almeno generalmente, più commozione.

Di speciale importanza nei melanconici è l'ottusità nel campo etico e religioso, che si mostra praticamente con una completa indifferenza pei doveri, prima tenuti in gran conto, di religione, di famiglia, di occupazioni, di amicizie, di convenienze sociali. I malati sono perciò penosamente sconvolti e talora dubitano di essere uomini, poichè più nulla umanamente sentono. Specialmente dolorosa è la mancanza dei conforti della religione e del sollievo delle preghiere. Questi fenomeni d'arresto possono porre le fondamenta di un futuro delirio zooantropico e demonomaniaco.

In un'altra categoria di stati morbosi psichici, l' ottusità affettiva è in parte fenomeno d' arresto, in parte di decadimento. Il tono affettivo manca nei territori tutti della vita ideale o in quello della sfera etica.

Così nel maniaco esiste una considerevole indifferenza riguardo ai rapporti etici e ai doveri. Essa dimostra un arresto della guida morale ed estetica, e risulta in parte dalla trasformazione della coscienza in seguito a sentimenti gai, dall' impossibilità impostagli dall'umore di pensare ai pericoli, all'immoralità, alle relative punizioni, di abbandonarsi a sentimenti dolorosi e di trattenervisi sopra, in parte dall'acceleramento dei processi psichici che non permette di fermarsi sopra un'idea, sopra una riflessione sul significato di una cosa o di un avvenimento.

Nella pazzia con idee deliranti sistematiche (Paranoia), queste, falsando la coscienza del malato, inducono un arresto nelle percezioni delle cose prima abituali e nei rapporti della vita. Il malato contempla nella sua nuova personalità morbosa il tempo trascorso della sua vita come qualche cosa di estraneo e a lui non pertinente. In alcuni anzi, pel contenuto delle idee deliranti (Paranoia persecutoria), si ha un rapporto ostile col mondo esterno e l' interessamento al bene e al male altrui

profondamente alterato. Nel circolo delle idee dominanti il malato è molto facile a commuoversi ed assai eccitabile. Col tempo può anche spegnersi la reazione emotiva alle idee deliranti, ed è questo il segno di uno stato di indebolimento mentale, di decadimento e di profondo guasto nel meccanismo psichico.

Molto più di frequente si rivela, come fenomeno di scadimento nel campo psicopatico, l'ottusità emotiva. In tutti gli stati di indebolimento psichico essa ha un significato specialmente importante dal lato diagnostico e prognostico. È solo un fenomeno parziale dell' indebolimento generale e dell' insufficienza dei processi psichici. Poichè in questi casi i malati non conoscono il proprio stato, esso non è più dolorosamente risentito. Questa ineccitabilità affettiva è la causa della non partecipazione del maggior numero di costoro a quanto avviene attorno ad essi nel manicomio, della loro indifferenza alla vista dei parenti e ai dolori altrui, e spiega perchè essi non facciano mai complotti e siano sempre docili.

L'ottusità affettiva di questi invalidi percorre molti gradi e, per la ricchezza della vita affettiva, si possono dar molte manifestazioni di decadimento nei suoi molteplici campi.

Il più importante di tutti i difetti è quello che si verifica nel campo etico.

È interessante che spesso lo si ritrovi anche come il primo sintomo dell' indebolimento mentale che si avanza (demenza paralitica, demenza senile), e frequentemente preceda per un tempo lungo la comparsa dell' indebolimento intellettuale e della memoria. Non raramente forma anche l'unico residuo di una psicosi pervenuta apparentemente a guarigione. Gli individui tornano di nuovo alla vita, sono anche in società perfettamente capaci di eseguire le loro cose, ma sono divenuti filistei ed egoisti, mentre prima non lo erano. Il bene ed il male del prossimo non li commuove affatto, perfino i vecchi legami della famiglia e dell'amicizia sono più rilasciati e tenuti uniti solo per l'abitudine. Con indifferenza verso tutti i rapporti estetici ed etici della vita civile, si adoprano solo a soddisfare ai loro bisogni materiali e ai doveri dell'impiego.

Che questa deficienza del sentimento rappresenti sovente il primo fenomeno di uno stato di indebolimento psichico in via di formazione, lo si spiega con ciò, che i sentimenti etici (simpatia, ambizione, sentimento religioso), per quanto abbiano radice nella formazione e nell' applicazione delle rappresentazioni e delle idee etiche, debbono rappresentare gli atti psichici i più elevati, presupporre una organizzazione cerebrale la più delicata, epperciò essere lesi in prima linea nelle malattie dell' organo psichico. Questo stato di perdita morbosa del sentimento si sviluppa non raramente, per eguali cagioni, negli onanisti e nei bevitori d'acquavite. Può anche presentarsi congenitamente, il più delle volte per anomalie fondate sopra cause degenerative ereditarie, ed allora lo si considera come un idiotismo morale, in quanto che il cervello di quegli sventurati, nei quali il germe della generazione è già stato intaccato dalle cause degenerative, ebbe un'organizzazione inferiore, che loro tolse la capacità di formare delle rappresentazioni estetiche ed etiche, e di associarle a concetti etici. Schüle distingue qui uno stato più grave, nel quale ordinariamente mancano i sentimenti e le idee morali; ed uno più leggero in cui queste idee sono acquistate ma non risvegliabili, perchè manca in esse la intonazione del sentimento. (Vedi vol. II. *Moral Irrescin*). Praticamente importante, massime dal lato forense, come manifestazione parziale di un difetto etico, è la mancanza del sentimento di sè stesso (sentimento dell'onore) e del pentimento per un' azione immorale.

La mancanza del sentimento estetico (anestesia estetica) in certi indebolimenti psichici, spiega l' uso di cose schifose e la pratica di schifose abitudini. Nel campo sessuale, in connessione all'anestesia morale, la detta mancanza spiega certe aberrazioni abbominevoli dell' istinto sessuale, la divergenza dalla norma dietro cui certi malati soddisfano ai loro bisogni corporei e sessuali. Può qui esser quistionabile se la scostumatezza di certi ipocondriaci ed isterici nel soddisfacimento dei loro bisogni, colla quale essi si rendono notorii ai vicini, sia un fenomeno di scadimento del senso estetico, oppure un fenomeno

d'arresto, inquantochè la violenza delle sensazioni e del contenuto delle idee impediscano l'accesso al senso estetico stesso.

L'arresto od il decadimento dei sentimenti etici ed estetici conducono necessariamente all'egoismo, e la frequenza di queste anomalie negli alienati dà ragione del perchè i più fra questi siano realmente egoisti.

b) *Anomalie nell' intensità della reazione emotiva.*

Esiste un'intensità morbosa nel modo della reazione emotiva, quando l'emozione che accompagna l'idea si eleva fino all'altezza di un affetto, mentre per la medesima cagione, in condizioni fisiologiche, all'eccitamento delle idee si associano soltanto dei sentimenti.

Un segno specialmente grave di disturbo funzionale nella vita emotiva, da potersi denominare reazione convulsiva dell'organo psichico, si riferisce agli stati affettivi che, per l'aumentata intensità ed abituale durata, possono giungere alla perdita della coscienza e ad un completo smarrimento della vita psichica (v. *Affetti patologici — pazzia transitoria*). Lo stato d'iperestesia psichica facilita l'accesso al modo di reazione intensamente morboso. Che esso però non ne sia la condizione fondamentale lo provano gli affetti mancanti di ogni guida, spesso intensamente piacevoli, come pure depressivi e violenti, degli imbecilli. Qui gli affetti di origine etica od estetica sono impossibili. Essenzialmente l'intensità della reazione emotiva devesi riferire alla decadenza dei processi centrali di arresto, psichicamente alla debolezza funzionale dei più elevati campi psichici, somaticamente al mancante arresto dei centri vasomotori e motori lesi dal disturbo affettivo, per mezzo dei quali i concomitanti processi organici si rendono valevoli.

Vi sono individui, nei quali abitualmente esiste un'abnorme eccitabilità. Si è creato a questo riguardo una forma morbosa a sè *(excandescentia furibunda s. iracundia morbosa)*, mentre invece non si tratta che di un disturbo affettivo elementare, di un modo patologico di reazione del cervello, che è sempre segno di una profonda alterazione di esso. Questo stato ci rivela un

cervello indebolito da anemia, accessi alcoolici, o gravi insulti (malattia cerebrale, trauma al capo), affetto da una grave neurosi (disposizione ereditaria, epilessia, isterismo), o in preda ad un arresto di sviluppo (imbecillità, idiozia). Le più futili cause conducono, su tale fondo, agli affetti esplosivi della collera che raggiungono il massimo grado dietro disposizioni dolorose.

Il modo di manifestarsi di un affetto è dipendente dal contenuto delle corrispondenti idee e dal modo di essere del sentimento di sè stesso. Se quelle sono dolorose ed il sentimento di sè è depresso (melanconia), le accentuazioni emotive ed i corrispondenti affetti potranno essere soltanto dolorosi. Persino le idee riprodotte, come anche le percezioni sensitive che vengono dal mondo esterno o dal proprio corpo, bastano a provocar dolore.

Anche le idee che fisiologicamente dovrebbero portar piacere, qui originano soltanto affetti depressivi. Nell'acme della malattia ogni processo psichico, e persino una pallida percezione sensoriale, richiama un tale stato (iperestesia psichica), analogamente a quanto avviene in un nervo affetto da nevralgia ed in cui è bassa la soglia d'eccitabilità, di guisa che gli stimoli meccanici, atmosferici, termici, che prima non davano alcun eccitamento, bastano a provocare un parossismo di dolore. Non di rado accanto a tale stato di iperestesia psichica si ha quella sensoriale e talvolta anche cutanea.

Gli affetti sono semplicemente dolorosi (mestizia, disperazione), oppure sono affetti di sorpresa (imbarazzo, confusione, terrore, vergogna) od anche più spesso sono affetti aspettativi (ansia).

Nei casi di lieto ed elevato sentimento di sè stessi (mania) il disturbo si rivela con affetti piacevoli e si trovano soltanto sentimenti piacevoli.

Anche qui trovansi nell'acme della malattia delle fasi, nelle quali prevale uno stato di vera iperestesia psichica, inquantochè ogni idea, anzi ogni percezione sensitiva, si collega ad affetti ed il malato è sempre in balìa ad affetti piacevoli (Iperedonia — *Emminghaus*, Ipermetamorfosi — *Neumann*).

Se il sentimento di sè stesso non è depresso e l'idea che produce l'affetto è collegata a senso di disgusto, si ha il così detto affetto misto della collera.

Nell'umore eccitato alla collera, i motivi i più futili, uno sguardo, un gesto, una parola diretta a calmarlo possono bastare a provocare nuove violente esplosioni d'ira.

c) *Anomalie nel colorito dei sentimenti.*

Nei sentimenti esistono degli stati abnormi in cui l'individuo non reagisce più fisiologicamente e come per lo avanti in modo corrispondente all'idea, ma in modo diverso secondo opposte circostanze (pervertimento del sentire, paralgia — *Emminghaus*), come si verifica per quei nervi sensitivi che reagiscono morbosamente.

Questa anomalia suppone il fatto che, in onta al vecchio motto « *de gustibus* », certe impressioni vengano dai diversi individui allo stato normale accentuate in modo concorde. Qui non si tratta, come nell'ottusità emotiva, dello scadimento mentale di certe accentuazioni emotive conformi alla norma, ma della comparsa di reazioni opposte alla norma dell'esistenza individuale e generale e all'esperienza. È perciò che noi riteniamo queste perverse intonazioni emotive come più cospicuamente morbose delle anomalie del risveglio e dell'intensità della reazione. Esse sono al più alto grado importanti per ciò, che esse si collegano facilmente ad impulsi i quali possono riuscire dannosi agli interessi dell'individuo e della società.

Fra le reazioni perverse nel campo delle impressioni sensitive abbiamo p. es. le così dette idiosincrasie delle persone neuropatiche e specialmente isteriche, per le quali impressioni gradevoli, p. es. l'olezzo dei fiori, vengono percepite sgradevolmente, e altre sgradevoli, per es. umori fetenti, gradevolmente. Come reazione motoria si ha la così detta *pica*.

Per regola a tali pervertimenti nel colorito dei sentimenti si collegano iperestesie sensoriali e psichiche (facilitata facoltà di risveglio e reazione abnormemente intensa), che psichicamente vanno fino agli affetti violenti, somaticamente fino alle convulsioni.

Analoghe ed importanti sono, nel campo del senso sessuale, le avversioni di certi degenerati pel sesso diverso e propensioni pel simile, con corrispondente impulso al commercio contro natura. Fra i pervertimenti sessuali abbiamo talvolta il senso di piacere davanti agli animali o ai cadaveri di donne, con corrispondente tendenza alla soddisfazione sessuale opposta alle leggi naturali.

Qui debbono annoverarsi anche certi casi di libidine morbosa (facile eccitabilità ed intensità abnorme dell'istinto sessuale), per cui, in seguito a perverse sensazioni di piacere, un individuo può giungere a trucidare l'oggetto del piacere, a rovistare nei suoi intestini (espressioni perverse di piacere da sensazioni olfattive (1)) e persino all'antropofagia.

Fra i pervertimenti dei sentimenti etici abbiamo il piacere davanti al dolore degli uomini e degli animali, con contemporanea tendenza a distruggere i capolavori d'arte, a profanare le cose sacre. Questi pervertimenti sono spesso in connessione colle anomalie del senso sessuale, radice somatica delle anomalie etiche e sociali.

Inoltre si deve qui annoverare il disgusto al lavoro, alla vita onorata, la soddisfazione al delitto, all'immoralità, al danneggiare la felicità della vita o della famiglia degli altri uomini, anomalie che sì di frequente si trovano nei degenerati psichici (pazzia morale, *folie raisonnante*) e che d'altronde per regola si collegano a fenomeni di decadimento.

Qui pure vanno collocati certi modi, con cui le idee dolorosamente risentite si accentuano con sentimenti piacevoli (una delle mie malate, nel periodo maniaco di una pazzia circolare, perdè l'uomo prediletto e si diede soltanto con grande sollecitudine a preparare un abito da lutto per farsi vedere esternamente afflitta). L'opposto va detto dei melanconici, i quali sempre sotto il peso di una morbosa disposizione, non possono reagire che dolorosamente alle sorgenti di piacere e, per

(1) Intorno alla connessione fra l'olfatto e l'istinto sessuale v. ZIPPE, *Wiener med. Wochenschr. 1879*, n. 24; e *Althaus. Arch. f. Psych. XII, II. 1.* p. 123.

esempio la vista dei loro figli od amici, tanto cari, reca loro soltanto un'impressione dolorosa. La reazione può essere semplicemente passiva (misopedia, misantropia) o giungere anche a manifestazioni impulsive sì nelle parole come negli atti.

Uno speciale modo di sentire anomalo dei melanconici si riscontra finalmente nella voluttà pel dolore (Leidseligkeit — *Ideler*, *Emminghaus)*, poichè in essi quelle idee che nello stato sano provocherebbero dolore, risvegliano nella loro afflitta coscienza un debole sentimento di soddisfazione, che ne rappresenta il corrispondente tono affettivo.

CAPITOLO III

Disturbi psichici elementari

Anomalie del lato ideativo della vita psichica (1).

Anche nella sfera della ideazione si dànno due ordini di disturbi elementari:

1° Disturbi nell'andamento formale del processo dell'ideazione;

2° Alterazioni nel contenuto della vita ideale (Idee deliranti).

1. — Disturbi formali nelle idee.

Non hanno una minore importanza di quelli, che colpiscono unilateralmente il profano, riguardanti il loro contenuto. Dal punto di vista clinico e specialmente forense è degno di nota che da sè soli possono costituire tutto intero il disturbo mentale (pazzia senza idee deliranti).

I disturbi formali possono dividersi in quelli:

a) della celerità nel corso delle idee, nel tempo di queste;

b) della associazione delle idee, in quanto che predominino in modo unilaterale certe forme di associazione;

c) della quantità delle idee, quando certe idee restano vincolate alla coscienza con una intensità ed una durata morbose;

(1) Falret, *Leçons cliniques*, p. 704; Maudsley, *Physiol. u. Path. d. Seele*, traduz. ted. di Böhm, p. 340; Brosius, *Psychiatr. Abhandl.* II, p. 84; Neumann, *Lehrb.* p. 111; Emminghaus, *op. cit.* p. 103, 178.

d) della connessione delle idee colle impressioni sensoriali (appercezione);

e) della riproduzione nella coscienza di idee acquistate anteriormente (memoria).

a) *Disordini nella celerità del corso delle idee.*

Due casi sono possibili: il decorso delle idee può essere in un modo abnorme rallentato od accelerato.

α) Una grande lentezza nell'ideazione trovasi in diverse circostanze, nella melanconia e negli stati di indebolimento mentale (demenza). Nel melanconico dessa è dovuta da un lato a ciò che, per la limitazione del contenuto delle idee alle idee dolorose, solo quelle conformi all'umore possono portarsi alla coscienza, e dall'altro lato a ciò, che ordinariamente nel melanconico tutti i processi psichici hanno subìto un arresto. Questo in parte è l'espressione di modificazioni organiche molecolari, in parte dipende dal sentimento di disgusto che si accompagna a tutti gli atti psichici del melanconico.

Il rallentamento della ideazione nella melanconia può giungere fino ad un arresto temporaneo di essa, che si manifesta alla coscienza con un sentimento sconfortante (disperato) di sospensione del pensiero, di stupidità, di perdita delle idee (1). Necessariamente per il rallentamento delle idee viene la noia, il lamento principale di tanti melanconici, e ciò fa nel malato quello stesso effetto che fa nel sano un sentimento di ansia aspettativa (*Erwartungsaffekt*).

Il difetto nello scambio delle idee fa sembrare il tempo un'eternità, e dà luogo a certi atti senza scopo, con caratteri istintivi, i quali sono soltanto prodotti dal bisogno di sciogliere quello stato di tensione, per così passare ad altre idee.

(1) Questo disturbo formale trovasi anche congiunto a difficoltà di appercezione e riproduzione negli esauriti di mente e di corpo (Neurastenia). Conduce facilmente all'idea penosa di divenir pazzi. Questa potrà divenire un'idea fissa e dar luogo a violenta ansia reattiva.

L'ideazione tarda negli stati di indebolimento mentale è fenomeno parziale di una debolezza generale delle energie psichiche, segnatamente della memoria, favorita anche dalla mancanza di stimoli psichici, i quali abbiano il potere di eccitare il processo della ideazione, e dalla deficiente appercezione.

Parimente si nota nei sani di mente, sebbene in modo passeggero, una lentezza nelle idee, p. es. dopo pasti opulenti, pei quali subentra un dolce far niente, si guarda fissamente cogli occhi come trasognati, finchè la persona si accorge del vuoto della coscienza e mette di nuovo in azione il suo meccanismo del pensiero; inoltre dopo veglie ed eccessi alcoolici, in seguito ai quali la testa si sente vuota e deserta e la ideazione decorre a stento e lenta.

β) Un acceleramento dell'ideazione è comune a tutti gli stati di esaltamento ed il grado di rapidità nel corso delle idee è una misura di molto valore per l'intensità degli stati di eccitamento del cervello.

I gradi più leggeri di questo stato, che è analogo al sentimento espansivo del sano ed allo stato di esaltamento prodotto dal vino, pel quale la lingua si scioglie, segnalano l'esaltamento maniaco iniziale. Rappresentano un fenomeno parziale della generale facilità e rapidità dei movimenti psichici, come si osserva nel maniaco, segnatamente nella sfera della memoria, e sono in parte prodotti anche dall'influenza esilarante dei sentimeuti piacevoli che esistono allora.

Questo stato si manifesta con una maggiore ricchezza di immagini e di parole, con associazioni mentali in copia, con espressioni argute, con una loquacità ed una facondia insolite e cessa insensibilmente attraverso un corso sconnesso di idee. Il malato nella sua loquacità accenna a cose disparatissime; il corso delle associazioni non è più intelligibile perchè, per la successione rapida delle idee, gli anelli intermedîi che servono a congiungerle, sebbene attraversino ancora la mente, non vengono più manifestati all'esterno col linguaggio, oppure non

giungono più alla coscienza abbastanza chiaramente perchè abbia luogo il loro riflesso nell'organo della loquela.

I gradi ancora più elevati di decorso accelerato delle idee si distinguono col nome di *caccia delle idee* o di *fuga delle idee*. In questo caso il malato non ha più il potere di frenare il corso delle sue idee; salta di palo in frasca, perde il filo del discorso, non può più ordinare logicamente il materiale straordinariamente ricco che gli si presenta, dice cose senza senso, pronunzia frasi interrotte, parole, sillabe, secondo che queste trovano un riflesso nel meccanismo del linguaggio. Ordinariamente in questa vertigine e confusione delle idee si trova ancora un filo di associazione, il collegamento delle idee secondo il contrasto o secondo l'assonanza e l'allitterazione. Il pensiero logico ha raggiunto qui necessariamente il suo termine e siccome le idee, le quali si succedono colla rapidità del lampo, non possono essere più coordinate e poste in relazione logica fra di loro, ne succede un gran disordine (*Verworrenheit*).

Questa confusione (1) del pensiero e anche del linguaggio non è esclusivamente il risultato dell'acceleramento dell'ideazione e un sintoma del quadro morboso della manìa. Si trova anche nei più svariati stati morbosi, e dipende generalmente da disturbi della coscienza, specialmente dell'appercezione e dell'associazione delle idee.

La confusione più o meno grande è sopratutto un fenomeno abituale di stati affettivi, specialmente quando trattasi di un cervello invalido o indebolito.

Il violento eccitamento emotivo intrattiene idee molteplici e opposte nella coscienza ed è ostacolo all'appercezione, all'associazione, alla successione logica. Ciò vale specialmente per gli stati d'indecisione, in cui il sentimento penoso dell'incertezza, il pericolo della non riuscita, alterano il corso delle idee, così nelle parole come negli atti, fino all'impossibilità di esprimersi secondo l'intenzione.

(1) Fritsch, *Jahrbücher für Psychiatrie*, II. Bd.

Il disordine mentale *(Verworrenheit* o *Verwirrtheit)* è un sintoma importante degli stati di esaurimento psichico. Dipende da una debolezza funzionale nel legame logico dell'associazione, per cui nel corso del pensiero rimane sempre una lacuna e si affacciano idee coatte che non appartengono all'argomento. Ne viene che in tali stati, derivanti da indebolimento, si ha uno speciale incrociamento dell'andamento logico delle idee coi delirii da percezioni illusorie e allucinatorie, le quali dal loro canto provocano serie di idee al tutto disparate. Con tali stati si collegano spesso disturbi della coscienza, specialmente della percezione, in quella guisa per la quale si hanno i disturbi di recente denominati coi nomi di cecità e sordità psichiche. I centri percettivi qui sono impotenti a riprodurre le precedenti imagini mnemoniche (i malati sono totalmente disorientati nel mondo esterno), o queste non sono congruenti colle impressioni presenti. L'andare errando colla mente obnubilata è il necessario effetto di queste alterazioni centrali.

La confusione delle idee si nota anche negli stati d'indebolimento psichico, in cui degli ammassi e delle serie di idee sono diventate deficienti, le parole e le idee hanno assunto una disposizione patologica, o sono state formate nuove parole, e certi ordini di idee stabiliti dall'abitudine si frappongono costantemente nel corso dell'ideazione.

In tutti i ricordati casi si arriva alle parole e alle azioni dei pazzi. Entrambi questi disturbi non sono però necessariamente congiunti fra loro. Il disordine delle parole può essere semplicemente conseguenza di parafrasia o sordità verbale. La correttezza delle azioni ci può servire come indice per riconoscere che si tratta di certe affezioni cerebrali a focolaio, che talvolta s'accompagnano a questo fenomeno della parola confusa e sconvolta, essendo conservata l'intelligenza.

Meynert ha descritto col nome di *Confusione pseudoafasica* (*pseudaphasische Verwirrtheit*) una forma speciale di confusione con impotenza di orientarsi per cecità psichica o per sordità verbale, con depressa attività ideativa (formazione delle conclu-

sioni, giudizi), con istato ansioso della coscienza, turbata per rapporti assurdi col mondo esterno, e in connessione con fenomeni amnesico-afasici e parafasici.

b) *Disturbi nell'associazione* (1).

Dobbiamo annoverare il predominio unilaterale di certe forme di associazione. Nei pazzi può accadere che il corso delle idee sia collegato precipuamente dalla esterna consonanza, dalla somiglianza fonetica delle parole, mentre all'incontro, nelle condizioni fisiologiche, le idee vengono reciprocamente richiamate specialmente secondo il loro contenuto, secondo il loro nesso causale e l'assonanza e l'alliterazione non hanno che un'importanza accidentale e molto subordinata.

Questo disturbo di associazione, che si nota specialmente negli stati maniaci, si denomina eco sillabica (*Silbenstecherei*); il malato parla in versi, i quali naturalmente sono versi maccheronici, o mette insieme delle parole le quali sono collegate non secondo la logica, ma solo secondo un'affinità fonetica (2).

Un altro modo di associazione morbosa offrono i casi nei quali, ad una idea riprodotta od appercepita, si associa costantemente e forzatamente la domanda sul «perchè». Il carattere morboso di questo fenomeno risulta da ciò, che esso si nota in modo parossistico e combinato ad altri sintomi nervosi, è oltremodo penoso e molesto al malato, cui non interessa affatto la risposta a domande spesso interamente inutili, su cose religiose o metafisiche. Griesinger ha per il primo richiamata l'attenzione su questo disturbo elementare interessante e lo

(1) Schüle, Hdb. p. 97; Billod *Ann. méd. psychol. 1861*, p. 510.

(2) Una mia malata (maniaca) lasciava osservare il seguente corso di idee: «Io giaccio sul piano, mi diano la mano; mi vengano a baciare, ciò li deve annoiare; tutti mi debbon trattar con onore, il mio occhio vede le celesti dimore, mi pongano una mano sul cuore! Ah, ciò mi reca dolore!» In un altro caso si affastellavano le une alle altre le idee: «Tante, Tanne; Fichte, Nichte». Vedi esempi in Brosius, *psychiatr. Abhandlungen*, p. 103.

ha chiamato mania dell' indagine delle cause ultime (*Grübelsucht*) (1). Dippiù Meschede (2) ha descritto dei casi col nome di « Phrenolepsia erotematica » nei quali il pensiero si presenta costantemente sotto forma di domanda, e perciò il malato è occupato continuamente nella soluzione di problemi, opprime di domande quanti lo circondano, ma senza però che questa tendenza realmente forzata di domandare, si colleghi con un interesse di chi interroga a ricevere una spiegazione sulla domanda posta.

Questo fenomeno, che si trova quasi esclusivamente negli individui colpiti da labe ereditaria e contemporaneamente esauriti da eccessi sessuali, forma il passaggio agli affini:

c) *Disturbi nella quantità delle idee* (*idee fisse*) (3).

Si danno molti ammalati di malattie mentali e nervose, i qua si lamentano che certi pensieri molesti, gravosi, di cui riconoscono perfettamente l' assurdità e la sconvenienza, non li abbandonano mai, che questi pensieri si cacciano costantemente in mezzo alle loro idee coscienti, logiche, associate, ne disturbano il decorso, epperciò li inquietano, e che persino si associano con impulsioni ad atti corrispondenti, i quali, secondo il loro contenuto, sono ritenuti dal paziente ridicoli o detestabili. Noi chiamiamo *idee fisse* o *coatte* (*Zwangsvorstellungen*) queste idee che si fissano nella coscienza con una intensità ed una durata abnormi.

L' origine prima di queste idee fisse è spontanea, si presenta improvvisamente alla coscienza, oppure viene richiamata da un avvenimento esterno, atto a commuovere (omicidio,

(1) Griesinger, *Archiv für Psychiatrie I*, p. 626; Berger, *id. VI, H. 1.*

(2) Meschede, *Allg. Zeitschrift für Psych. 28.*

(3) V. Krafft, *Beiträge zur Erkennung krankhafter Gemüthszustände*, *Erlangen 1867;* lo stesso, *Ueber formale Störungen des Vorstellens, Vierteljahr. für ger. Med. 1870* (con letteratura); Morel, *Du délire émotif, Arch. gén de méd. 1866;* Westphal, *Berlin Klin. Woch. 1877,* n. 46-49; Brosius, *Irrenfreund 1881*, giornale l'*Encéphale,* 1881, marzo; Buccola, *Rivista sperim. di freniatria*, 1880.

esecuzione capitale, incendio, suicidio di una persona amata ecc.). Nel primo caso non possono formarsi, secondo il modo ordinario dell'insorgenza psicologica, delle idee legate all'associazione, ma queste debbono essere eccitate e mantenute da stimoli interni, fisiologici che agiscono sull' organo psichico. In tal modo si spiega come il loro contenuto sia estraneo e disturbi la vita mentale cosciente, e la resistenza potente che offrono alla energia dell'associazione. Pel loro modo di origine le idee fisse assomigliano ai delirii primordiali (v. Vol. II), ed hanno un'origine diversa da quanto avviene per quelle idee deliranti che si formano sulla via psicologica in virtù dell'associazione e della riflessione. Sono creazioni primarie, spontanee di un cervello abnormemente organizzato o di un cervello malato, produzioni immediate dovute (direttamente) al meccanismo della vita psichica incosciente, come lo dimostra la maggior parte delle allucinazioni nel dominio psichico sensoriale. Queste idee fisse trovano la loro analogia in certi stati fisiologici della vita, quando delle immagini, delle idee, dei motivi musicali fuor di proposito si frappongono disturbandoci nel nostro quieto pensare, ci distraggono, ci inquietano, ed anzi solo con un certo sforzo della volontà, e mettendo in azione il meccanismo dell'associazione, vengono cacciati via.

Anche qui si tratta evidentemente di creazioni spontanee, richiamate da un eccitamento fisiologico dei centri ideogenetici; che esse infatti non si formino secondo la legge psicologica dell' associazione delle idee, lo dimostra il loro contenuto strano, molesto e la loro forte resistenza all' energia dell' associazione. In molti casi la causa generatrice dell' idea fissa resta oscura, in altri noi troviamo delle sensazioni organiche, delle nevralgie, le quali si presentano contemporaneamente ad essa nella coscienza, scompaiono evidentemente con essa e con essa costantemente ritornano. Quando un avvenimento esterno fornisce l' occasione, si tratta di un organo centrale straordinariamente impressionabile, ed il processo che ne deriva ne può rappresentare la sensazione successiva.

Anche qui possono sensazioni abnormi provenienti dal corpo coincidere coll'idea fissa allo stato nascente o possono a questa associarsi degli eccitamenti nelle vie sensitive, epperciò può fissarsi nella coscienza l'idea morbosa. Queste idee veramente fisse o coatte si distinguono, nello stretto senso, dalle idee deliranti per il loro modo di comportarsi di fronte alla coscienza, la quale le giudica continuamente come fenomeni morbosi e quindi male le sopporta.

Il contenuto delle idee fisse può essere altrettanto variabile quanto quello delle idee deliranti. In quelle fra le prime, richiamate da una percezione, la idea fissa consiste nel dare un valore continuo alla idea originaria (che ha scosso) richiamata da quella percezione, e con ciò alle apprensioni, ai timori che vi sono connessi ed agli impulsi di imitazione, i quali specialmente si manifestano rinforzati, e persino associati ad un'ambascia violenta, se ritorna la percezione primitiva o un'altra affine. Per la straordinaria eccitabilità della vita psichica di questi ammalati, i ricordi e le percezioni le più remote possono richiamare l'idea fissa. Non raramente ciò avviene in virtù del contrasto.

Un gran numero di osservazioni che appartengono a questo argomento, l'ho comunicato altrove (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* 1870 *Jan.*) Non raramente questi malati sono assaliti dal prepotente bisogno, durante la predica in una chiesa, di bestemmiare Iddio, di dire nelle loro preghiere inferno invece di cielo e via via; alla vista di parenti, di assassinarli; camminando vicino all'acqua, di gettarvi dentro i passanti; vedendo delle armi, di uccidersi, di commettere un delitto orribile per imitare un gran delinquente, ecc. Con sorprendente frequenza trovasi in certi malati, accanto alle fissazioni su oggetti religiosi e metafisici, la idea fissa dell'immondezza o dell'avvelenamento e conseguente timore del contatto di oggetti metallici, vesti ecc. (*Folie du doute avec délire du toucher*, V. *Patologia speciale*).

Di uno speciale interesse sono i casi della così detta *agorafobia* (1) (*Westphal*), nella quale i pazienti, quando debbono attraversare una piazza sgombra od una strada vuota, vengono assaliti dall'idea fissa dell'impossibilità di poterlo fare; epperciò cadono in un'ambascia così violenta ed in tale stato nervoso, che ne sono realmente incapaci, mentre invece accostandosi alle case o essendo in compagnia lo possono fare benissimo. Assai giustamente Jolly paragona l'incertezza psichica di certi individui nevropatici, i quali debbono compiere un fatto davanti ad altri, come pure la *impotentia psychica cœundi*, a questi stati interessanti di timore dello spazio. Emminghaus (opera citata, pagina 79) mette questi fenomeni fra gli stati di ansia; ma l'ansia è soltanto reattiva, quando pure non sia un processo accessorio, il fenomeno primitivo essendo l'idea fissa dell'impossibilità dell'azione, del pericolo che ad essa si connette. L'idea fissa è basata anche su temporanee o durature sensazioni di debolezza muscolare (Cordes spiega il timore degli spazi semplicemente per una paresi da esaurimento) o sopra la paura di un cattivo fine, conservando un ricordo che si riferisce alle stesse precedenti circostanze. Contribuisce anche nell'ultimo caso la coscienza di precedenti disturbi e di una debolezza muscolare che nel momento si rende palese. Un sentimento di insufficienza o il ricordo di un precedente insuccesso rendono il malato realmente incapace all'azione. La penosa situazione nella quale trovasi il malato conduce all'ansia, per la quale quella diviene ancor più penosa. Ciò si accompagna talvolta a disturbi vasomotori, scialorrea, pallore, timore, senso di vertigine, a vere crisi nervose. V'ha un'intera serie di fatti analoghi alla così detta agorafobia negli individui nevropatici (W. Beard, *Die Nervenschwäche*, pag. 37-38), tra i quali sono frequentissime la paura di andar solo per l'idea di un pericolo imminente (come apoplessia) e la paura di mancante

(1) *Arch. für Psych.* III, p. 521; *Hertz* VII, *H.* 2; *Cordes* X, *H.* 1; *Anjel* VIII, *H.* 2; Jolly, *Ziemmsen's Handb.* p. 252 (letteratura particolareggiata). *Annal. médico-psychol., 1876, Nov.*

aiuto (medico), la paura di girare in carrozze chiuse, la paura di andare fra gli altri per timore reale o immaginario di arrossire, la paura dei luoghi chiusi, come teatri, sale di concerti, quando non vi sia facile accesso all'uscita, la paura del lampo e del tuono ecc.

In ogni caso, quando tali idee fisse insorgono coi fenomeni d'ansia, si tratta di uno stato di debolezza irritabile del sistema nervoso centrale, quale fenomeno parziale di uno stato di debolezza funzionale, temporaneo o duraturo, del cervello (Neurastenia). Ciò vale anche per quelle note ed ancor fisiologiche idee fisse, per quelle impulsioni coatte a gettarsi da una torre o da una rupe, o a gettarne giù gli altri. Questi fenomeni si verificano sempre quando esiste un relativo esaurimento, dietro intensa applicazione mentale, dopo una notte insonne e dietro mancanza di nutrimento, e scompaiono dopo conveniente trattamento, dopo l'uso di eccitanti spiritosi; e così pure gli agorafobi e malati analoghi divengono transitoriamente capaci di un contegno normale. Le idee fisse dei malati di nervi o di psiche si basano sempre sul fondo della neurastenia. Spesso si tratta di individui ereditariamente disposti, costituzionalmente neuropatici; vi sono anche numerosi casi in cui la neurastenia è acquisita. Gli eccessi sessuali, massime l'onanismo, sono qui specialmente importanti; oltre a questi, gli sforzi mentali, massime in connessione coi moti dell'animo, come pure le malattie esaurienti, il puerperio. Cordes dalla sua esperienza è indotto a far posto anche ai disturbi gastrici, alla corpulenza, al cuor grasso.

Importanti momenti che comprovano la diagnosi ci vengono da che non di rado le idee fisse compaiono per la prima volta durante un periodo di speciale eccitabilità (mestruazioni, puerperio, allattamento) o collegate ad un eccesso debilitante, e dal buon successo di una cura tonica.

Le idee fisse sono disturbi elementari di una psicosi (melanconia, paranoia), oppure sono primitive, lungamente durevoli, conducono ad anomalie secondarie nei sentimenti e negli atti, talchè costituiscono una vera pazzia per idee fisse,

la quale rende necessaria una trattazione a sè nella patologia speciale.

Osservazione I.

Idee fisse ed impulsive da eccessi.

B..., 23 anni, cappellaio, fu condotto il 23 febbraio 1882 alla clinica psichiatrica di Graz, poichè dava segni di alterazione mentale ed aveva un grande orrore per l'acqua.

È calmo, ordinato ed offre la seguente anamnesi. Nessun' eredità, nessuna malattia grave, costituzione robusta. Da circa un anno il malato si sentiva debole, si stancava facilmente, aveva frequenti dolori al capo, talvolta prima di prender sonno provava un senso di ondate di sangue al capo. Egli attribuiva queste molestie al soverchio lavoro, massime se era stato esposto al fuoco del carbone. Il 20 febbraio lasciò la sua occupazione per cercarne una migliore a Graz o a Vienna. In questo giorno, contro la sua abitudine, bevette molto coi suoi compagni, fumò fortemente e si recò di sera alla ferrovia per portarsi nella notte alla sua nuova destinazione. Lungo la via non mangiò, ma fumò lungamente. Sul far del giorno s'accorse d'un tratto che i corsi d'acqua, le montagne, i ponti che gli passavano sott'occhi assumevano le apparenze più strane e spiacevoli. Venne assalito dal pensiero di gettarsi nell'acqua o in un abisso; inorridì a questo pensiero, e cercò di scacciarlo conversando e fumando. Non vi riuscì. Sempre più si accrebbe il suo stato vertiginoso-ansioso con senso di ondate di sangue al capo. Conobbe di aver perduto la facoltà di controllo su questi pensieri assurdi ed impulsivi. Gettò prima il fazzoletto, poi una lettera commendatizia dal finestrino del vagone, e poichè non migliorava, gli venne l'idea di gettare dal finestrino prima il suo bagaglio, poi sè stesso, dal che lo trattennero i compagni di viaggio. Discese a Marburg, cercò anzitutto in una farmacia un soccorso al suo penoso stato, prese dell'olio di ricino; andò poi in una osteria, bevette alquanto, ma non si sentì migliorato. Si recò dal Borgomastro, per domandare l'ammissione nell'ospedale, che procurò di calmarlo. Andò di nuovo all'osteria, chiese da mangiare e da bere. Improvvisamente fu preso da ansia terrifica; egli sentiva come di doversi sprofondare. Rimase disorientato, entrò in un caffè, chiese da scrivere per dipingere a suo fratello la sua posizione e pregarlo di venirlo a trovare; ma non riuscì a metter insieme una riga. Entrò in uno stato vertiginoso, gli pareva che il banco al quale sedeva

cominciasse a girare. Pagò, usci, e si diresse all'ospedale. Lungo la via giunse a un ponte, e qui gli venne di nuovo l'idea di gettarsi nell'acqua. Per passare il ponte s'accompagnò a due individui come a scorta, passò frettoloso, schivando di guardar l'acqua. Siccome nell'ospedale non c'era posto, ripassò con le stesse precauzioni il ponte fatale e andò alla Polizia a invocare soccorso. Lo misero in una camera buia, dove gli venne una terribile ansia, che cessò solo quando gli diedero un compagno. Questi gli disse che egli di notte, dormendo, tremava e trasaliva. Il 23 si sentì di nuovo bene e calmo, tanto da poter andare da solo a Graz. Il viaggio andò bene. Ma subito dopo il suo arrivo si ripresentarono le idee fisse con senso di vertigine e di ansia. Il pensiero di doversi togliere la vita sopratutto nell'acqua, nei burroni, col coltello, lo faceva inorridire. Davanti a questo pensiero si sentiva preso dall'impulso di abbandonarsi al suicidio; cominciava a tremare, sentiva di perdere la padronanza di sè, e lo prendeva l'ansia terrifica; sentiva di potersi dar la morte e temeva di non potervisi sottrarre; gli parea che alcun gli dicesse «gettati giù, ammazzati».

Più volte sentì anche. ispirazioni impulsive di mozzarsi un dito o la lingua. Poichè egli non potea più dominarsi, andò dalla Polizia che lo mandò all'ospedale.

L'ammalato è di aspetto intelligente, ma sconvolto, alquanto anemico, scaduto nella nutrizione È apiretico, gli organi vegetativi danno reperto negativo. Nello scheletro nessuna abnormità. Nessuna alterazione sensitiva o motoria. Il sonno è turbato da sussulti frequenti e da spaventi, specialmente nel prender sonno. Si sente debole, al mattino nell'alzarsi balordo e come trasognato. Più tardi è molto sveglio, riconosce le sue sofferenze come malattia del capo. Le idee surricordate riapparvero ancora in modo accessuale fino al 27; la vista di un coltello lo atterriva, ma facilmente si calmava, poichè si sapeva sotto la protezione dell' ospedale. Dal 1° al 6 marzo subì una pneumonite cruposa con febbre elevata. Le idee fisse scomparvero, non tornarono neanche durante la convalescenza; sicchè il paziente fu licenziato il 17 marzo ristabilito tanto della mente che del corpo.

d) *Disturbi nell' appercezione* (1).

Perchè un'impressione sensoriale divenga cosciente è necessario che essa provochi nei centri percettivi la corrispondente

(1) Emminghaus, *op. cit.* p. 108-110.

rappresentazione mnemonica. Questo effetto è favorito da uno stato speciale di eccitamento nell'organo psichico che si denomina attenzione. L'intensità di questo processo di eccitamento è costantemente variabile e perciò viene continuamente spostata la soglia d'eccitamento dell'organo centrale. L'aspettazione di un'impressione sensoriale facilita la percezione, mentre d'altra parte una schiera di impressioni sensoriali non passerà a percezione se sopratutto mancherà l'attenzione o sarà rivolta altrove.

L'appercezione nei pazzi è alterata in modo molteplice. Essa è diminuita fino ad esser resa impossibile *(Anaphe — Emminghaus)*, per la concentrazione della coscienza sui processi interni (melanconia con stupore, estasi) analoga a quella del sano immerso in un lavoro mentale, in cui acquistano importanza solo quelle cose che rientrano nello stretto campo del processo ideale presente. Cosa analoga si verifica nei sonnamboli, i quali percepiscono soltanto ciò che sta in connessione colle idee dei loro sogni. L'appercezione può finalmente essere impossibile per mancante eccitabilità dell'organo percettivo (stati d'esaurimento, stupore) o per indebolimento di questo o delle rappresentazioni mnemoniche in esso deposte (sordità e cecità psichiche, imbecillità). Un aumento della facoltà d'appercezione *(Hyperraphe — Emminghaus)* trovasi negli affetti aspettativi *(Erwartungsaffekten)* dei sani e dei malati, poi negli stati di leggero eccitamento psichico (eccitamento maniaco, isterismo, stati febbrili). Esso si palesa non soltanto con una facilità ma anche, secondo le circostanze (certi isterici ed ipocondriaci), con un maggior acume delle percezioni sensoriali. Emminghaus dice con ragione che in questo *eretismo del cervello* l'attenzione è costantemente richiamata per mezzo dei processi sensoriali. Necessariamente l'attività intracentrale del pensiero, del giudizio, della conclusione deve subire un disturbo per questo risveglio unilaterale (distrazione come contrapposto della concentrazione).

c) Disturbi nella riproduzione identica delle idee (Memoria).

Negli stati di esaltamento si trova agevolata la riproduzione delle idee (mania). Spesso è veramente sorprendente, con quale freschezza e chiarezza una quantità di imagini e di idee già da lungo tempo scomparse apparentemente, faccia ritorno nella coscienza. Molti melanconici si lamentano di ricordarsi debolmente; però in questo caso si tratta non di una perdita di idee, ma solo di una difficoltà nel riprodurle, prodotta dalla lentezza nell' associazione delle idee e dall' essere limitate queste ad un contenuto doloroso, come anche da ciò, che per mancanza di interesse, per la disattenzione, le percezioni più recenti presentano delle lacune, sono languide epperciò più difficili a riprodursi. Un' idea viene riprodotta tanto più chiaramente, quanto più intenso fu il sentimento (affetto) che l' accompagnò nel suo primo penetrare nella coscienza.

Accanto a quest'anomalia sta l'indebolimento funzionale della riproduzione, che si osserva parimenti negli stati di affaticamento e di esaurimento psichico, dopo gravi malattie febbrili, ma più specialmente dopo eccessi sessuali, segnatamente in seguito alla masturbazione. Questo stato viene riconosciuto e risentito con dolore da quei malati la cui mente non è indebolita considerevolmente.

Una reale diminuzione della memoria, una continua distruzione delle idee del tesoro psichico antecedente, è un fenomeno elementare frequente e grave della maggior parte degli stati idiopatici, cronici di follia (demenza paralitica, senile ecc.). Talvolta essa si riferisce soltanto agli avvenimenti del tempo passato prossimo, di cui non restano che delle tracce languide, deboli, come nei melanconici; mentre gli avvenimenti del tempo passato remoto vengono riprodotti ancora abbastanza fedelmente, fintantochè anche essi scompaiono nel decorso della malattia.

Non raramente si osservano ancora disturbi parziali della memoria p. e. pei nomi, per i numeri, come si nota in certe affezioni cerebrali a focolaio, specialmente nell'apoplessia cere-

brale. Senza tener conto dello scambio delle parole per fenomeni afasici, si domanda se queste perdite parziali della memoria non dipendano da ciò, che le corrispondenti energie della memoria erano già fisiologicamente poco esercitate e debolmente richiamate.

Un disturbo tutto speciale della memoria si trova in certi stati di indebolimento mentale (pazzia morale), specialmente per ciò che riguarda la riproduzione fedele, inquantochè la idea riprodotta è semplicemente analoga alla originale, mentre invece il malato la crede identica. Da ciò ne risulta la conseguenza fatale per lui, che egli apparisce dappertutto un mentitore, perchè rende sotto una forma affatto alterata ciò che da poco tempo aveva osservato.

Un disturbo interessante, che si ha talvolta nei malati di mente è la così detta illusione della memoria (1), la quale consiste in ciò, che un qualche nuovo incontro o qualche nuova situazione fanno provare al paziente l'impressione di essersi già un'altra volta trovato nella situazione stessa. Il sentimento dell'incertezza, nel giudicare se si tratti o no di una cosa reale, conduce ad una certa inquietudine che può giungere fino all'ansia. Egli è chiaro che la somiglianza delle appercezioni presenti colle immagini mnemoniche, fa credere alla identità di entrambe. Io ho osservato questo interessante fenomeno nei sani, ma solo negli stati di stanchezza, di facile esaurimento per malattie sopportate, in seguito a marcie forzate; nei pazzi si trova di preferenza fra gli epilettici; l' osservai ancora nella paranoia primaria da masturbazione, nei maniaci basato su illusioni, poi negli stati di indebolimento psichico.

(1) Neumann; *Lehrb. d. Psychiatrie*, p. 111; Jensen, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* *25*, p. 48 e *Arch. f. Psych. IV*, p. 47 (Percezioni doppie); Huppert, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 26 e *Archiv f. Psych.* III, 66, 330 (idee doppie); Wiedermeister, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 21 (doppia coscienza); Sonder, *Arch. f. Psych.* III, p. 564, IV, p. 243; Eyselein, *id.*, VI, p. 575; Emminghaus, *Psychopathologie* p. 129. Riguardo alle così dette illusioni della memoria vedi: Schüle, *Handb.* p. 78, il quale ricorre all'ipotesi di uno sdoppiamento delle idee. Mendel, articolo *Delirium*, nella *Realencyclopädie* di Eulenburg «Delirium palingnosticum».

1) *Anomalie della riproduzione delle idee in forma differente (fantasia)* (1).

Come nei disturbi della memoria, si dànno anche qui degli stati in cui la fantasia è aumentata o diminuita fino ad essere abolita. Gli aumenti di attività della fantasia si riscontrano nella pazzia che si accompagna in generale a stati di eccitamento psichico e di facilitata associazione. I caldi affetti che accompagnano le idee e la loro intensità, aumentata spesso per un processo fisiologico, favoriscono la loro comparsa. Essi poi si avvicinano ai limiti della fantasmagoria, talchè spesso le idee divengono di una vivacità straordinaria; il pazzo li ha comuni al bambino ed all'artista, e li alterna con vere allucinazioni (V. *Pseudo-allucinazioni*).

L'attività della fantasia è specialmente aumentata in un grado elevato negli stati di eccitamento dei paralitici, in certi stati epilettoidi, e nei delirii primordiali.

Le rappresentazioni plastiche di questi ammalati nulla lasciano a desiderare per la vivacità della fantasia, se pure nell'associazione estetica e logica non sorpassano talvolta perfino la fantasia la più ardita del poeta.

La perdita della fantasia, come anche il carattere barocco, mostruoso delle creazioni è un segno di indebolimento psichico, e negli artisti pazzi è un indizio delicato della avvenuta decadenza psichica (perdita dei sentimenti estetici).

2. Mutamenti nel contenuto delle idee (idee deliranti).

L'opinione dei profani, che il carattere distintivo della pazzia siano le idee deliranti, è erronea. Ad ammettere una malattia mentale bastano dei mutamenti morbosi nel carattere e negli affetti, dei disturbi formali nel processo delle idee e le pazze tendenze che ne risultano, come anche un indebolimento della forza psichica in generale. Anche noi però concediamo che le idee deliranti formino un fenomeno così importante e ben manifesto della pazzia, da dover essere indagato con tutti i mezzi.

(1) Emminghaus, *Psychopatol.* p. 133-176.

Innanzi tutto si presenta la questione sul modo di originarsi del delirio di rimpetto all'errore del sano: Come si formano le idee deliranti nella pazzia?

a) In un gran numero di casi esse hanno origine in via psicologica, in virtù della riflessione e dell'associazione delle idee. Appariscono come ricerche per spiegare dei cambiamenti della coscienza, delle modificazioni morbose del carattere, degli affetti di cui il malato, per la legge di causalità,. deve darsi ragione, spesso anche in forma di uno schiarimento allegorico delle sensazioni morbose.

Finchè si trova ancora nel principio della sua malattia, il malato può trovare la giusta ragione del suo cambiamento psichico in una malattia dell'organo della psiche, essere cosciente della sua malattia, ma nel progresso ulteriore di questa, colla trasformazione progressiva della sua coscienza, egli cercherà e troverà la ragione di tutti i mutamenti interni nel mondo esterno, nei rapporti di questo cangiati, e con ciò si formerà necessariamente un errore obiettivo, un'idea delirante.

Il melanconico cerca e trova p. e. la ragione della sua ambascia nei pericoli che lo minacciano dall'esterno, il dispregio di sè stesso in motivi antecedenti, forse di poco conto, di scontento di sè stesso; il maniaco sente di essere una personalità distinta perchè crede di rappresentare una parte importante nel mondo esterno.

Gli affetti, la mutata appercezione del mondo esterno, i disturbi sensoriali impediscono che l'errore venga corretto. Questa specie di idee deliranti è congruente all'umore, si introduce nella catena dell'associazione delle idee, diventa un elemento logico dell'ideazione, e per mezzo della riflessione conduce a idee deliranti secondarie, ad associazioni deliranti sistematizzate.

b) In un gran numero di casi le idee deliranti non sono in alcun modo da considerarsi come tentativi atti a spiegare le manifestazioni morbose della coscienza; al contrario sono estranee al sentimento presente ed all'ideazione, sorprendono, sconcertano addirittura il malato, il quale ne stupisce, non sa consi-

derarle come si deve, le fa motivare da cose antecedenti e con grande sforzo mentale. In questo caso l'origine delle idee deliranti è primaria, non ha luogo in via psicologica, ma per eccitamenti spontanei interni, analogamente alle idee fisse, alle allucinazioni nettamente psichiche.

Appartengono pure a questa categoria le idee deliranti che sono addirittura contrarie all'affetto dominante (p. e. idee di grandezza nei melanconici), o che si manifestano senza un fondamento affettivo (delirio primordiale). Anche qui, come accade nelle idee fisse, l'irritazione della regione psichica della corteccia cerebrale può essere diretta (forse per l'eccitamento del sangue), o indiretta, per la trasmissione dello stato d'eccitamento da un organo periferico.

Quanto meno la coscienza avverte il processo genetico dell'idea delirante che la riguarda, tanto più strana e sorprendente le apparisce l'idea delirante concreta.

c) Non raramente le idee deliranti procedono da errori sensoriali, come nei sani l'ideazione è costantemente influenzata ed arricchita mediante percezioni sensoriali.

Ogni errore sensoriale non corretto conduce necessariamente alla formazione di un'idea delirante.

d) Da sogni non corretti nello stato di veglia. Questo modo di origine non è raro negli stati d'indebolimento psichico (demenza senile).

Il contenuto delle idee deliranti dipende da parecchie circostanze.

L'opinione dei profani, che il delirio riceva il contenuto ed il colorito dalla causa morale, speciale che determina lo scoppio della pazzia, è erronea; l'attribuire il delirio ad una causa morale è falso; questa rappresenta solo un anello nella catena dei momenti etiologici, il momento più prossimo è un'affezione del cervello, la cui sede e natura costituiscono il momento decisivo per la forma del quadro morboso.

Così soltanto si spiega come una madre, la quale per la morte del suo bambino diventa pazza, manifesti un delirio di grandezza, e una ragazza, cui l'infedeltà dell'amante spezzò il cuore, diventi ninfomaniaca.

Nelle descrizioni dei poeti, le singole forme morbose sono il più delle volte svisate o per lo meno unilaterali.

Il contenuto speciale delle idee deliranti può dipendere:

a) Dalla natura del processo morboso nella corteccia cerebrale. È sorprendente, ed il Griesinger lo ha giustamente rilevato, come in certi stati morbosi, nei malati di nazioni e di epoche le più diverse, si producono le stesse idee deliranti del tutto tipiche, come se questi malati avessero letto lo stesso romanzo o l'uno se le fosse fatte comunicare dall'altro. Questo fatto ha un valore tutto speciale per le idee deliranti nate primariamente, prive di qualunque fondamento allucinatorio od emozionale, come si notano p. e. nel delirio primordiale (delirio di persecuzione, di grandezza), nella demenza paralitica (delirio di grandezza stretto senso), nella demenza senile (delirio nihilistico), nell'alcoolismo cronico (delirio di infedeltà coniugale). Necessariamente la ragione del contenuto eguale dei delirii deve essere cercato e trovato nella qualità del processo anatomo-patologico.

Griesinger diede a questi delirii primarii e congruenti la giusta denominazione di primordiali e li paragonò ingegnosamente ai delirii dei colori, quali si osservano negli epilettici come aure degli attacchi, in cui l'eccitamento centrale richiama, in tutti i malati che offrono quest'aura, solo uno scarso numero di colori (rosso), mentre invece i toni possibili di colore sarebbero tanti.

In modo conforme, prodotti da stimoli evidentemente specifici, si manifestano i deliri tipici nel delirium tremens, nell'ebbrezza da oppio ed in alcuni altri stati di avvelenamento. La uniformità dei delirii qui è in qualche modo chiara, poichè si tratta degli stessi eccitamenti tossici, quantunque in individui differenti.

b) Il contenuto delle idee deliranti dipende inoltre dallo stato della immaginazione, dalla qualità della vita e delle occupazioni dell'individuo. L'idea morbosa sorge dal contenuto delle idee antecedenti, quando l'attività fantastica della potenza ideativa è illimitata.

L'influenza del grado della immaginazione e del fondo psichico antecedente si vede specialmente in modo chiaro nei delirii dei paralitici. Anche le opinioni politiche sociali delle diverse nazioni e delle varie epoche si riflettono nei delirii dei malati. Il delirio di essere posseduto dal diavolo, che dominò nel medio evo, oggi è sostituito in gran parte dal delirio di essere perseguitato dalla Polizia, dai framassoni, dai gesuiti, dalla democrazia ecc.

c) Da disturbi funzionali in altri organi extracranici, i quali ebbero molta influenza sullo sviluppo della follia o l'accompagnarono.

Questi stati di eccitamento negli organi periferici possono dar luogo ai delirii in due modi:

A) Per un eccitamento diretto dei centri della corteccia cerebrale con partecipazione della coscienza, talchè il prodotto finito apparisce come un delirio primordiale (delirii: erotico, ipocondriaco, delirio della metamorfosi, in base a stati di eccitamento nel dominio della sfera sessuale e dei nervi della sensibilità generale).

B) Per allegoria le anomalie funzionali e organiche degli organi periferici arrivano alla coscienza per via della riflessione, e del tentativo di spiegazione *(Erklärungsversuche)*. Questo modo d'origine delle idee deliranti è estremamente importante in pratica. Il contenuto concreto del delirio ci indirizza a ricercare negli organi periferici quei processi abnormi funzionali e organici, che dal lato diagnostico e terapeutico possono essere assai importanti. Essi possono per tal modo, col loro manto allegorico, costituire i segni locali delle idee deliranti.

Le idee deliranti dei pazzi sono così poco filate nel cervello come le imagini nei sogni del dormiente, e come in questo, nel pazzo vengono suscitate le idee più fantastiche; p. es. ad una semplice angina si accompagnerà l'idea di venir strozzati, a un'incipiente pleurite l'idea di venir feriti di lancia; così troviamo spesso, come nucleo di un'idea delirante dei processi somatici morbosi. Così il delirio d'aver perduto una parte del corpo può tenere ad un'anestesia di questa, quello

di essere martirizzati a sensazioni paralgiche, quello d'aver serpi in corpo ad una turbata peristalsi intestinale, quello di un animale nello stomaco a un'ulcera rotonda nel ventricolo, quello d' essere in soprapparto a un prolasso dell' utero (1).

Questi delirii basati sopra sensazioni allegorizzate, sono straordinariamente frequenti; specialmente va ricordato il quadro morboso dell'ansia precordiale, substrato dei delirii più singolari. Spesso l'autopsia offre la ragione della sorgente di queste sensazioni e delle successive idee deliranti. Noi dovremo ritornare su questo gruppo di giudizi deliranti nella trattazione delle illusioni.

d) Basta ricordare soltanto che, nella dipendenza delle idee dai sentimenti, anche la disposizione d'animo dominante esercita un'influenza sul contenuto del delirio, specialmente quando essa è carica d'affetti.

Il contenuto speciale delle *idee fisse* è molto interessante, tanto pel profano che pel medico. Esso ha d'altronde un grande significato scientifico come carattere per la localizzazione di sensazioni latenti e processi morbosi, come prova di certi processi cerebrali gravi o di cause specifiche, come segnale di esistente pericolo pei malati e i vicini loro, come estrinsecazione degli affetti che dominano i malati e come motivo di tendenze e di azioni del resto irragionevoli; finalmente come indice del livello mentale dei malati nel tempo precedente alla malattia. Se un malato si crede un vescovo o un re, l'Ebreo errante o il diavolo, ciò poco interessa. Un'idea delirante è una grandezza meno invariabile quantitativamente che qualitativamente. Essa può in principio e verso la convalescenza essere più o meno corretta, rimanere latente per del tempo, ritornare dietro emozioni e specialmente affetti, e fissarsi nella coscienza.

Quanto più di frequente il delirio si riproduce, tanto più facilmente si rinforzerà, finchè diverrà definitivamente stabile e contrarrà legame cogli elementi sani dell'ideazione, li altererà

(1) Cfr. l'accurato lavoro di Krauss, già citato nell'introduzione.

e falserà. Il delirio ha psicologicamente lo stesso valore funzionale di un' idea retta. Esso richiama delle associazioni e si diffonde estesamente. Esso si collega coi sentimenti e cogli istinti, e così altera la personalità sana di prima nei sentimenti, nelle idee, nelle tendenze.

Ma anche fissatosi, il delirio non sarà sempre presente alla coscienza come crede il profano. Che esista un'idea fissa o una somma di idee deliranti, rispetto alla manifestazione morbosa ciò è proprio indifferente, e la opinione di un delirio parziale in opposizione a uno generale non è scientificamente ammissibile.

Se un uomo fosse realmente sano con un'idea fissa unica, dovrebbe riconoscere e giudicare il delirio. La persistenza del delirio, non ostante la supposta saviezza, prova soltanto che questa è apparente, che l' individuo è molto più malato di quello che non sembri.

Il profano resta sempre meravigliato di trovare nel delirio logica e metodo, e che i malati sappiano difendere le loro idee contro le obbiezioni altrui in modo molto assennato, che muovano da false premesse logiche conclusioni, e che costruiscano degli edifici deliranti sistematici.

Questo fatto si spiega facilmente, se si pensa che coll'esercizio e l'abitudine il meccanismo delle idee si compie sempre dietro certe norme logiche.

Questa coordinazione psichica nel meccanismo del pensiero mostrasi così bene intatta in certi disturbi psichici come la coordinazione dei movimenti nelle malattie del midollo spinale, stabilitasi anatomicamente ed esercitatasi per tutta la vita. Soltanto nelle malattie gravissime del midollo spinale si perde la facoltà coordinatrice dei movimenti, come la coordinazione psichica si perde soltanto negli stati d'indebolimento psichico, ed indica così un alto grado di debolezza funzionale e una degenerazione dell'organo psichico.

Praticamente importante è anche la circostanza se le idee deliranti decorrano in modo effimero o se si siano fissate nella coscienza. Quest'ultimo è abitualmente il caso nei delirii di

riflessione, risultato finale delle ricerche esplicative di morbose disposizioni d'animo e di morbose sensazioni.

Qui sta il pericolo, nel legame logico delle idee deliranti, nella sistematizzazione e fissazione. Così si spiega il fatto che la pazzia con idee deliranti fisse è molto raramente l'esito di una manìa, più frequentemente invece di una malinconia.

CAPITOLO IV

Disturbi nel lato motorio della vita psichica.

(Istinto e volontà).

1. — Disturbi nella vita istintiva.

La vita fisiologica annovera due istinti, quello di *conservazione* e quello di *riproduzione*. La vita morbosa non contiene, come si è voluto ammettere, nuovi istinti (omicidio, furto, incendio). Possono soltanto i due suddetti istinti naturali essere diminuiti, aumentati o pervertiti.

a) *Anomalie dell'istinto di nutrizione* (1).

α) L'aumento di questo conduce alla *bulimia,* consistente in uno smisurato e doloroso senso di fame subito dopo aver mangiato. Questo fenomeno trovasi nelle isteriche e nei maniaci, nelle prime talvolta alternantesi con un sentimento morboso di sazietà. Il malato può a poco a poco riavere il suo appetito. Bisogna distinguere (Eulenburg) il *mancante sentimento di sazietà,* che conduce gl' imbecilli al sopraccarico dello stomaco (polifagia), dal vero *sentimento di fame* in seguito al quale il malato non riesce a saziarsi (Anestesia della branca gastrica del vago).

L'abuso del cibo può anche essere l' espressione della noia dei melanconici, dei desideri dei maniaci o di idee deliranti (creder d' avere molti fanciulli nel corpo, di aver il verme solitario, di esser persona doppia, ecc.)

(1) Michéa, *Gaz. des hôpit. 1862*, 70-71.

L' avidità che si ha nella convalescenza di certe psicosi gravi, è un fenomeno psicologico, come avviene in altre gravi malattie. In tal caso il modo di comportarsi del peso del corpo misura l'enorme consumo durante la malattia ed il compenso che può farsi dopo.

Un fenomeno che può qui rientrare e che si verifica in molti malati, è l'esagerato bisogno di certe sostanze, come l'alcool, il tabacco da fumo e da naso. Ciò avviene specialmente negli stati di esaltamento, massime nelle manie. La tendenza a commettere eccessi alcoolici trovasi più frequentemente negli stati d'esaltamento a fondo paralitico e senile, poi nella mania periodica. Può questa tendenza essere il fenomeno capitale della malattia (dipsomania).

Anche negli stati d'esaurimento e di depressione psichica possono i malati nel vino cercare un ristoro. Su questo fondo organico si può anzi giungere fino all'alcoolismo cronico. Ciò avviene non di rado nell'epoca critica. Le persone di costituzione neuropatica, per mitigare il loro stato di debolezza irritabile, ricorrono non di rado al bere, come pure all'abuso di morfina (morfinismo).

β) *Una diminuzione* dell'istinto di nutrizione trovasi in certi melanconici, isterici, ipocondriaci (iperestesia dei nervi gastrici), dove un po' di cibo produce un senso disgustoso di sazietà e ripienezza.

Più spesso della semplice diminuzione dell'istinto nutritivo, trovasi nelle psicosi il vero rifiuto del cibo, la sitofobia, in seguito ad idee deliranti (esser indegno di mangiare per peccati, non aver più corpo, aver malati lo stomaco o gl'intestini, esser morti, aver i visceri in putrefazione, udire voci che impongono il digiuno (deliri religiosi), illusioni del gusto che fan vedere dei veleni nel cibo).

γ) Di grande interesse sono i pervertimenti dell'istinto della nutrizione. Questi si trovano anche nelle neurosi. Così la pica delle clorotiche (mangiar calce, sabbia, sale ecc.), la predilezione delle isteriche per cose ributtanti (asa foetida, vale-

riana), le voglie delle gravide con pervertimento del gusto (terra, paglia, tabacco ecc.).

In un modo analogo, trovasi talvolta in certi ipocondriaci (1), a fondo specialmente masturbatorio e degenerativo, un vero istinto per le cose stomachevoli (ragni, rospi, vermi, sangue umano), che essi credono certe volte un rimedio pei proprii mali. Qui si possono annoverare i pervertimenti dei popoli superstiziosi che usavano il sangue d'innocenti bambini o delle vergini contro l'epilessia, la sifilide ecc.

Un fatto che si verifica nei pazzi, assai contrario all'estetica, è il cibarsi degli escrementi propri (2) (scatofagia o coprofagia). Trovasi fra i maniaci, melanconici, dementi ed accusa un profondo disturbo della coscienza e un pervertimento del gusto. Tutti questi fenomeni di pervertimento della vita istintiva accusano più o meno una degenerazione negli elementi nervosi centrali della più elevata organizzazione.

b) *Anomalie dell'istinto sessuale* (3).

Sono molto importanti perchè al modo e al grado di quest'istinto tante volte si collegano l'individualità mentale, etica, estetica, sociale. Prova di ciò forniscono le anomalie degli eunuchi, ermafroditi ecc., i disturbi della pubertà e dell'epoca critica.

Le anomalie dell'istinto sessuale possono consistere: α) nella diminuzione fino alla completa mancanza; β) nell'abnorme aumento di esso, nel presentarsi di esso fuori dei periodi in cui gli organi generativi sono in attività anatomo-fisiologica; γ) nell'essere pervertito, vale a dire non diretto alla conservazione della specie.

(1) L. Meyer, *Archiv. f. Psych.* II.

(2) Lang, *Psychiatr. Centralblatt* 1872, 12. 1873, 1; Erlenmeyer, *Psych. Correspondenzbl.* 1873, 2.

(3) Vedi dell'autore Aufsatz *Arch. f. Psych. VII, 2;* Moreau, *Des aberrations du sens génésique*, Paris, 1880; Marc. *Die Geisteskrankheiten*, trad. ted. di Ideler, II, pag. 128; v. Krafft, *Gerichtl. Psychopathol.*, 2. Aufl., p. 234; Kirn, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 39, H. 2 u. 3.

α) *Una diminuzione* morbosa da causa fisica trovasi nei melanconici ed ipocondriaci. Proviene da depressione psichica e non di rado conduce a completa impotenza. Trovasi anche negli idioti e, non di rado, unitamente a poco sviluppo dei genitali esterni. Finalmente nella demenza paralitica e nelle gravi malattie cerebro-spinali, in cui possono essere affetti il centro genito-spinale e le sue vie midollari.

Un fenomeno specialmente notevole è la mancanza di sentimenti sessuali, nonostante la forma anatomica e la potenza funzionale normali degli organi generativi. La causa di questo fatto non può essere che centrale. Quest'ipotesi trova conferma nei frequenti disturbi cerebrali e persino negli stati degenerativi che s'accompagnano a questa anomalia. In questi individui mancano ancora quei sentimenti sociali ed etici che sogliono svilupparsi sulla base organica di questo istinto (1).

β) *L'esaltamento* sessuale è assai più frequente. Il limite del morboso qui è molto difficile a determinarsi, è individuale e basato sui tempi e sulle circostanze. Esaltamenti passeggeri, per metà fisiologici, vengono per l'uso di certi afrodisiaci e dietro una vita eccessivamente sibaritica. La funzione mestruale, massime nelle donne nervose, influisce all'aumento dell' istinto sessuale.

Sono rari i fenomeni di esaltamento sessuale nei pazzi in seguito ad eccitamenti periferici (prurito, iperestesie, eczema, oxiuri) nei genitali; per lo più sono di origine centrale.

In questo caso possono consistere in un fenomeno parziale di un aumentato eccitamento, fornito dal processo cerebrale, che si manifesta con un reale e morboso aumento dell'istinto sessuale (2); oppure questo non è che apparente, inquantochè all'istinto, di per sè non esagerato, non si contrappongono più le idee morali moderatrici della vita normale, così che quello si esterna sconsideratamente e persino scandalosamente.

Gli stati di eccitamento sessuale trovansi prevalentemente nelle forme maniache, tanto semplici che periodiche, nell'i-

(1) Cfr. l'autore *ger. Psychopathol.*, 2. Aufl., Osserv. 87.

(2) Cfr. il caso dell'autore nella *ger. Psychopathol.*, Beob. 91.

steromania, negli stati d'agitazione maniaca della demenza paralitica e senile.

Quando l'aumentato istinto sessuale costituisce il punto predominante del quadro morboso e si esterna direttamente colla soddisfazione di esso, si arriva a quegli stati che si denominano *satiriasi* per l'uomo, *ninfomania* per la donna.

Non sempre si ha la forma scandalosa, l'oscenità palese, lo stupro ecc., ma talvolta l'esaltamento sessuale si esterna, ad es. nella donna, colla civetteria, col procurar di piacere, coll'adornarsi, col tentare sessualmente un'altra donna (1).

È degno di nota che l'eccitamento sessuale va unito spesso alla sudicieria, alla tendenza a lordar tutto con saliva, urina, sterco, massime nelle donne. — Come equivalente clinico si ha spesso all'esaltamento sessuale associata un'esagerazione di tutte le pratiche religiose fino al fanatismo (2). Così la religione ha raffigurato col matrimonio il rapporto della Chiesa con Cristo. Così nella pubertà il sentimento sessuale, ancora oscuro, conduce ad uno stato d'animo che esternasi facilmente con fantasticherie religiose. Così pure nelle storie dei santi si parla di redenzione della carne e l'esperienza ci insegna che i *meetings* di certe sette religiose finiscono colle orgie. Tutto ciò ci apprende la grande parentela che vi ha fra il fervore religioso e l'eccitamento sessuale.

Anche nei pazzi si rinviene questo connubio: il variopinto miscuglio o l'alternarsi di idee religiose ed erotiche è quasi abituale nei maniaci.

L'esaltamento religioso decorre non di rado con grande eccitamento sessuale e impulso alla masturbazione, e gli onanisti mostrano spesso un delirio religioso che si rivela con idee di connubi mistici colle divinità e con corrispondenti allucinazioni uditive e visive.

γ) Vi può essere un *abnorme sviluppo* dell'istinto sessuale, inquantochè esso può apparire prima della pubertà, o risvegliarsi nella vecchiaia.

(1) Neumann, *Lehrb d. Psych.*, p. 79.

(2) Neumann, *op. cit.*, p. 80.

Un precoce sviluppo dell'istinto sessuale trovasi non di rado fin nell'infanzia, esclusivamente negl'individui neuropatici e invalidati dalla labe ereditaria. Marc, op. cit., pag. 66, narra la storia di una fanciulla di 8 anni, di onorata famiglia, priva di ogni sentimento morale, che fin dai 4 anni era onanista e si abbandonava impudicamente a dei fanciulli di 10 o 12 anni, soltanto preoccupata nel deludere la vigilanza dei genitori. Si narrano storie di bambine di 8 anni, onaniste e celebranti già il coito con maschi di 11 o 12. — Il fatto del morboso sviluppo dell'istinto sessuale nella tarda età è un epifenomeno della demenza senile ed un sintoma d'involuzione cerebrale. — La debolezza intellettuale e morale che va unita a questi stati non è capace di lottare con tale istinto.

b) Un fenomeno degno di menzione speciale è il *pervertimento* sessuale che si esterna con modi contrarii a natura ed alla riproduzione (1).

Non ogni atto sessuale perverso è tuttavia morboso. La storia dei popoli e degli individui c'insegna le grandi varietà di pervertimento cui questo instinto può andar soggetto. L'aberrazione sessuale dell'antichità, spiegabile in parte col mito religioso (comunione ad esempio degli Dei cogli animali), la pederastia dei degenerati Greci e Romani, le oscene pratiche dei baccanti, possono stare nella categoria delle degenerazioni morali e delle ipersazietà sensuali.

Ma non solo dal punto di vista etico, ma bensì dal clinico-antropologico debbono esser presi in esame certi casi di pervertito sentimento sessuale, che per la mostruosità ed il loro apparire fra disturbi neuropatici e psichici, non ci rivelano solo l'ipersazietà sessuale, ma bensì la perversa direzione dell'istinto, talchè l'individuo abborre dal soddisfacimento di esso conforme a natura. Tal fenomeno non può essere che patolo-

(1) Westphal, *Arch f. Psych.* II, p. 73; v. Krafft, *id.* VII, 2; lo stesso, *Zur conträren Sexualempfindung, Allg. Zeit f. Psych.* 38, p. 211; Zippe, *Wien. med. Woch.* 1879, n. 24; Sterz, *Jahrb. f. Psych.* III, H. 3; Charcot e Magnan, *Arch. de Neurologie,* 1882, n. 27; Krueg, *Brain XV.*

gico ed infatti coloro che presentano quest'anomalia offrono anche altri segni di costituzione morbosa degenerativa del sistema nervoso od altri sintomi psichici, per lo più a fondo ereditario. — E così il pervertimento sessuale appare di per sè un segno di degenerazione funzionale del sistema nervoso centrale.

I casi patologici di pervertita manifestazione dell'istinto sessuale si possono schierare in due gruppi. Esiste tendenza sessuale:

1. Fra persone di diverso sesso, ma l'istinto è soddisfatto in modo perverso. A questo gruppo appartengono quei casi in cui il sentimento voluttuoso riceve rinforzo dall'uccisione o mutilazione dell'oggetto del piacere. In questi casi, in cui il piacere per l'assassinio figura come la risultante della voluttà, l'individuo giunge talvolta a mangiar le parti del corpo della vittima, all'antropofagia.

Qui debbono annoverarsi anche certi casi di *violatori di cadaveri*, per parte di individui che avrebbero avuto un abbondante pascolo sessuale conforme a natura.

Fra i casi di pervertimento nel soddisfare l'istinto sessuale va annoverato quello di Arndt (*Vierteljahrsschr. f. ger. med.* XVII, H. 1) risguardante uno studente di medicina in Greifswald, il quale di pieno giorno perseguitava le ragazze per la strada, metteva fuori i genitali, si stringeva ad esse e le imbrattava d'urina. Qui pure rientra il caso di Zipp (*Wiener med. Woch.* 1879, n. 23) risguardante il furto di fazzoletti da donna a scopo di eccitamento sessuale, come pure quello di Passow (*Vierteljahrsschr. f. ger. med.* 1879, 1) di un impulso coatto al furto di grembiuli da donna, il cui contatto provocava sensazioni voluttuose. Numerosi casi di pervertimento sessuale contengono il mio *Lehrb. der ger. Psychopathol.* (Osserv. 86, 94, 95) e il libro di Tardieu, *Des attentats aux mœurs,* p. 182.

2. Esiste un'istintiva avversione al commercio con individui dell'altro sesso. Come equivalente al difetto delle tendenze sessuali normali, trovasi la tendenza verso individui dello stesso sesso, con impulso a soddisfare con fatti l'istinto stesso; si ha

così l'istinto sessuale contrario *(conträrer Sexualempfindung)* (1).

I contrassegni antropologico-clinici dell'istinto sessuale contrario sono i seguenti:

Con normale sviluppo anatomo-fisiologico dei genitali si ha l'anomalia in questo senso, che l'uomo non prova alcuna tendenza per la donna, ma rimpetto ad altro uomo si considera abitualmente come di sesso diverso e così pure la donna per altra donna. In regola sentimenti, pensieri, tendenze si rivelano tutti opposti al sesso anatomicamente rappresentato nell'individuo e così pure le occupazioni.

Gli uomini amanti di uomini indossano abiti femminili ed eseguiscono lavori donneschi, perchè si sentono donne rimpetto agli uomini. L'inverso va detto per le donne amanti di donne, le quali invece si camuffano da uomini. Non di rado esiste un vero trasporto per acconciarsi e disporsi nel modo conforme al sesso che in sè questi individui sentono.

Si danno antropologicamente diversi gradi di sviluppo di queste anomalie: Al primo grado appartiene la semplice perversione del sentimento sessuale; in un grado più spinto si trova alterata l'intera vita psichica, corrispondentemente all'abnorme sentimento sessuale. Nel più ampio grado di sviluppo di quest'anomalia si hanno alcune deformità corporee, congiunte alle anomalie sessuali, non nel senso di un vero ermafroditismo, bensì di un difettoso differenziamento sessuale.

La base del sentimento sessuale contrario deve per tal modo cercarsi nell'organizzazione cerebrale. In molti casi questo difetto congenito ed il perverso istinto sessuale sono morbosamente sentiti. Più spesso invece questi individui sentonsi felici, dolenti solo che le leggi della società non permettano di usare secondo la loro voglia.

L'amore di questi individui è sempre quel potente sentimento che si ha in coloro che sentono normalmente. Anche qui si hanno gli amori infelici, la gelosia, a dir vero però messe in

(1) Un romanziere francese (Belot) ha delineato quest'anomalia sessuale in un romanzo « *Mademoiselle Giraud, ma femme* ».

caricatura dal pervertimento sessuale. Per la costituzione neuropatica di costoro si osserva che il loro amore è fanaticamente esaltato, e così pure che la manifestazione sessuale spesso è forte e violenta. Sotto l'aspetto neurologico-clinico sono interessanti i fenomeni della costituzione neuropatica, con speciale debolezza irritabile nel sistema genitale. Come espressione di questa si ha un'eccitabilità sessuale alla sola vista dell'uomo amato; l'abbracciamento di esso produce polluzioni con senso abnormemente forte di voluttà e talvolta come di *corrente magnetica*. Le azioni sessuali consistono nel lordare sè stessi e, *faute de mieux*, in semplici abbracciamenti e carezze, con o senza palpamento dei genitali. Esse bastano, in un sistema nervoso fiaccato (dall'onanismo), a produrre senso di voluttà e soddisfacimento sessuale mediante l'eiaculazione. In altri l'atto sessuale consiste nella masturbazione accanto alla persona amata, nell'onanismo vicendevole o in movimenti del bacino imitanti l'atto sessuale; soltanto in rari casi si ha la pederastia.

Osservazione II.

Signor X, 33 anni, ungherese di nascita, grossista, venne un giorno a consultarmi perchè da anni soffriva d'insonnia e di disturbi neurastenici. Alcune mie domande per scoprire le cause del male condussero il malato a confessare che egli aveva un'abnorme tendenza sessuale per gl'individui del proprio sesso, la quale era assai bisognosa di sfogo e che a ciò erano attribuibili le sue sofferenze nervose.

Il malato, uomo intelligente, mi diede i particolari della storia della sua vita e dei suoi mali, che offrono un certo interesse scientifico.

« Il mio abnorme istinto sessuale rimonta fino all'infanzia. All'età di 3 anni mi capitò fra le mani un giornale di mode. Baciai sino a lacerare il foglio le belle e perfette fogge dei maschi e non osservai per nulla le figure femminili. I trastulli dei maschi mi infastidivano. Giuocavo più volentieri colle fanciulle ed ero sempre fra le bambole. Con predilezione tagliavo abiti per le puppe, ed anche ora, nonostante i miei 33 anni, provo interesse per le bambole. Fin da ragazzo stavo in agguato vicino alle latrine per vedere le parti genitali degli uomini. Quando riuscivo nell'intento, tale vista mi appariva singolare e mi dava le vertigini.

Uomini deboli, antipatici od anche ragazzi, per me faceva lo stesso. A 13 anni mi diedi all'onanismo. Dai 13 ai 15 anni ebbi occasione di dormire in letto con un bel giovane. Ah, com'ero felice! Attesi lunghe ore la sera, in preda ad erezione, finchè questi venisse a casa. E quando egli accidentalmente, nel porsi in letto, urtò contro ai miei genitali, ebbi un momento di felicità. A 14 anni trovai fra i miei condiscepoli uno che aveva le mie tendenze. Per lunghe ore durante la lezione ci tenevamo i genitali uno in mano dell'altro. Ah, quelle erano ore felici! Più spesso che potevo mi trattenevo nei luoghi di bagni, ciò era sempre per me una gran festa. La vista dei genitali maschili mi cagionava sempre violenta erezione. A 16 anni venni in una grande città. La vista di tanti belli uomini mi rese estatico. A 17 anni e mezzo volli tentare il coito con una serva, ma mi assalsero la nausea e l'ansia e non venni a capo di nulla. Altri tentativi ancora mi andarono falliti fino a 19 anni. In quest'età riuscii una volta, ma il coito non mi procurò alcun piacere, anzi nausea. Io mi ero tuttavia superato ed ero altero del mio successo, poichè avevo le prove di essere un uomo, del che avevo sempre dubitato. Ulteriori tentativi andarono a vuoto. Io mi ritenni per impotente, consultai medici, cercai in bagni e in acque un rimedio alla mia supposta impotenza, poichè ancora realmente non sapevo a qual cosa credere.

» Io ero ricevuto volontieri, forse per la mia vanità, nelle società donnesche, ed ero simpatico, prediletto da molte signore. Io apprezzavo nelle signore soltanto i requisiti morali ed estetici. Volontieri ballavo con certune, ma se qualcuna mi si stringeva contro, provavo noia e stizza, persino nausea, e l'avrei voluta percuotere. Avvenne una volta che un signore ballò per scherzo con me ed io feci da donna; mi accostai e mi strinsi a lui e fui contento e beato. A 18 anni un signore venuto nel mio uffizio disse: « è un giovane che ruba i baci, che sarebbe assai desiderato in oriente ». Ciò mi diede le vertigini. Un altro signore scherzava volontieri con me, e nel partire mi dava spesso dei baci ed io a lui molto volontieri. Questo tale divenne in seguito un mio prediletto, ma per rivelarmi attesi migliore occasione.

» All'età di 25 anni accadde che un ex-capuccino mi fissò ostinatamente in viso; mi fece l'impressione di un Mefistofele. Finalmente mi parlò. Anche ora mi pare di sentire i battiti del mio cuore per tale avvenimento e fui vicino a svenire. Egli mi diede appuntamento per la sera in un'osteria. Vi andai, tenni sempre lo sguardo rivolto alla porta presentendo paurosamente cose misteriose. Alle 2 di sera venne il capuccino, conversò con me, mi condusse nella sua camera.... io non potevo neppur camminare per l'orgasmo. La mia guida si assise vicino a me sopra un divano e mi fissò sogghignando coi suoi bellissimi

occhi neri.... io perdetti la coscienza. Intorno a tale voluttà, a tale beatitudine idealistico-divina, che mi riempiva l'animo, avrei voluto scrivere a lungo. Penso soltanto che nessuno, per quanto felice, possa esserlo come lo fui io quella sera. La mia guida per spasso mi richiese sulla mia vita. Gli risposi che mi lasciasse felice ancora per qualche tempo e che poi lo avrei soddisfatto. E infatti venne a cognizione di tutte le mie idee. Per 5 anni ebbi rapporto con quell'uomo ancora a me diletto. Ah come fui felice ed anche spesso infelice in quel tempo! Se io lo vedevo a parlare con un bel giovane, mi si risvegliava una gelosia furiosa.

» A 27 anni mi fidanzai con una giovane donna. La sua coltura, il suo fino senso estetico, come pure le risorse finanziarie che essa mi portava, mi persuasero a pensare al matrimonio, tanto più che io sono grande amico dei fanciulli e spesso invidio all'operaio, che se ne sta colla sua donna e con un vezzoso bimbo, la felicità domestica. Mi illusi, ma passai mediocremente il tempo che precedette il matrimonio, benchè i baci della mia promessa mi procurassero più angoscia e schifo che piacere. Una o due volte accadde che, dopo caldissimi baci e dopo un'abbondante cena, mi venne erezione. Com'ero felice allora, io mi vedevo già papà! Nel dì del matrimonio, quando appunto i convitati erano riuniti, mi chiusi in una camera, piansi come un bambino e non volli assolutamente essere disturbato. Persuaso dai parenti, ai quali feci alla meglio le mie scuse, mi lasciai trascinare all'altare in toletta da strada.

» Per grande fortuna mia moglie nel giorno degli sponsali aveva appunto le sue regole. Oh, come ringraziai tutti i santi per tale combinazione! Anche oggi sono convinto che soltanto per ciò mi fu possibile di praticare più tardi il coito. Come mi riuscisse di avvicinare mia moglie, come se si trattasse di un bel giovane, non so. Tale fatto è la l'unica consolazione della mia vita grama.

» Io non posso che ringraziare Iddio per la felicità d'aver avuto un figlio. Io rabbrividivo nel letto coniugale. Mia moglie, che io stimo altamente pel suo carattere, non ebbe mai un'adeguata idea del mio stato; soltanto mi rimproverava spesso la mia freddezza. Essendo essa buona d'animo e ingenua, mi riuscì possibile persuaderla che i doveri coniugali non è possibile compierli che una volta al mese. Poichè essa non è molto sensibile, ed io trovo una scusa nel mio nervosismo, mi è riuscito di metterla quieta. Il coito è sempre per me il lavoro più grave. Coll'uso generoso di vino e di eccitanti mi riesce di aver qualche erezione e di accostare mia moglie circa una volta al mese, ma io non provo alcun senso di voluttà, mi sento spossato e provo

per molti giorni appresso un aumento nei miei disturbi nervosi. Soltanto la coscienza d'aver compiuto i miei doveri coniugali colla mia donna, del resto amata, mi è di grande soddisfazione morale.

» Con un uomo è ben altra cosa; io posso avvicinarlo più volte e provo la più grande voluttà e felicità e mi sento rinfrancato e ristorato. Di certo la mia tendenza verso gli uomini è un po' diminuita. Io ho anzi il coraggio di sfuggire un bel giovane che mi fa la corte. Durerà ciò? Lo temo. Io non posso però assolutamente far senza l'amor virile, e quando ne sono privo mi sento annoiato, spossato, infelice, provo dolore e pesantezza al capo.

» Io risento sempre il mio deplorevole depravamento come qualche cosa di congenito e di morboso e mi sentirei più felice se non fossi ammogliato. La mia brava moglie mi ha sopportato. Spesso mi assale il timore di non poter più convivere con lei e talvolta il pensiero di uccidermi, di rifugiarmi in America ».

Il malato al quale io debbo questa storia non è mai stato ravvisato da alcuno come tale. Del resto ha un aspetto completamente virile, grande barba, voce maschia e profonda, genitali normalmente e bene sviluppati. Il cranio è conformato normalmente, manca ogni segno di degenerazione; soltanto un occhio pratico lo riconosce per un neuropatico. Gli organi vegetativi funzionano normalmente. Presenta i sintomi più ordinari di un neurastenico, riferibili essenzialmente ad eccessi sessuali, in un soggetto pervertito sessualmente, con persone del suo sesso, e all'influenza nociva che su di lui esercita l'orrore per la femmina.

Il malato racconta che i suoi genitori furono sempre sani e che, in linea ascendente, non ricorda alcun parente malato di nervi o di mente. Fece divorzio colla moglie perchè non usava più carnalmente con essa. Si ammogliò per la seconda volta. Anche la seconda moglie si lamenta per la trascuratezza di quest'uomo, ma però son nati quattro figli, della cui legittima derivazione non si può dubitare. Una sua sorella è isteropatica. Ricorda egli di aver sofferto fin da giovanetto accessi di vertigine della durata di alcuni secondi, sotto i quali gli pareva di dover morire. Fu sempre molto eccitabile, di grande emotività e trasportato per le belle arti, massime la poesia e la musica. Il suo carattere, lo riconosce egli stesso, è enigmatico, abnorme, nervoso, irrequieto, stravagante, incoerente. Spesso ad esempio è esaltato senza un motivo congruo, ma poi bentosto diviene melanconico fino a pensare al suicidio. È capace da un momento all'altro di divenire: « religioso e frivolo, estetico e cinico, timido e sfrontato, credulo e pessimista, pronto a far male altrui

e pieno d'interesse per la felicità degli altri, liberale fino alla prodigalità, poi avaro e tirato come un Arpagone ».

Il malato ad ogni modo è una personalità degenerata. Intellettualmente è in ottime condizioni, ed egli stesso assicura di aver sempre appreso facilmente e di esser sempre stato fra i primi nelle scuole.

2. — Atti impulsivi (1).

Nel campo psicopatologico si danno delle azioni non motivate da idee ben coscienti. E qui può essere che un'idea istintiva, ancor prima di giungere con perfetta chiarezza sulla soglia della coscienza, si converta in un'azione, oppure che questa non abbia mai origine con completa chiarezza nella coscienza. L'azione appare per tal modo, tanto per chi la commette come per chi la nota, senza motivo ed inintelligibile, talchè sorprende e confonde lo stesso autore di essa.

Tale azione si rivela come un bisogno organico dell'incosciente vita psichica e può paragonarsi alle convulsioni nel campo psicomotorio.

Un tal modo di agire si assomiglia assai da vicino alle azioni affettive, ma ne differisce perchè non è legato ad affetti, quantunque talvolta non privo di fondo affettivo. Per lo meno trattasi di un' irritabilità abnorme (convulsibilità) degli apparati psicomotori, per cui basta un'idea, quasi allo stato nascente, a far perdere il dominio della volontà e della coscienza e a dar luogo immediatamente all'azione. Simile fenomeno che turba le sfere più elevate del sistema nervoso centrale, accusa un abbassamento nel livello del meccanismo deputato alle più elevate funzioni e fa pensare ad una base degenerativa. Difatti questi atti impulsivi trovansi soltanto nelle forme degenerative della pazzia.

In prima linea dobbiamo annoverare i casi ereditari degenerativi, massime quelli che si collegano all'isterismo e all'epi-

(1) Prichard, « *On the differents forms of insanity,* » 1842, p. 87; Mc Jntosh, *Journ. of psychol. med.,* Gennaio 1863, p. 103.

lessia, poi gli acquisiti per alcoolismo, onanismo, gravi insulti cerebrali (traumi al capo).

Le energie psichiche che determinano l'azione impulsiva possono essere sensazioni organiche, massime sessuali, che appaiono spesso in forma pervertita (voluttà morbosamente aumentata fino allo spargimento di sangue) e conducono allo stupro, all'uccisione o mutilazione dell'oggetto del piacere e perfino all'antropofagia. Oppure non di rado sono disposizioni d'animo fortemente affettive (malumore, noia, nostalgia, stanchezza di sè o del mondo) che, rinforzate da sensazioni abnormi, neuralgie ecc., provocano l'impulso contro la propria o l'altrui vita o contro gli oggetti.

Nel momento dell'azione può l'idea istintiva, rimanendo del resto oscura, manifestarsi alla coscienza rapidamente, in forma di un'allucinazione imperativa *(appicca il fuoco!)* o di una visione di sangue, di fiamme rosse ecc. e dar luogo ad un'azione corrispondente (incendio, assassinio).

In altri casi un impulso organico (un sentimento sessuale) richiama la tendenza, secondo una direzione istintiva ereditaria o acquisita (tendenza al furto, all'ubbriachezza) e conduce alla soddisfazione di essa (Schüle).

Tali atti impulsivi, fra i quali primeggiano il suicidio, l'assassinio, l'incendio, lo stupro ecc., hanno fornito il materiale per l'edificio della dottrina delle così dette monomanie, confusi con quelli inerenti agli affetti ansiosi dei melanconici, con quelli delle idee fisse, con quelli dei maniaci aventi istinti patologicamente aumentati e non più frenati.

3. — Disturbi psicomotori.

Trattasi di movimenti che portano l'impronta apparente della volontà e si sprigionano dai centri psicomotori, ma però senza la libera influenza di quella, bensì in seguito a stimoli morbosi interni.

a) *Agitazione motoria dei maniaci.*

All'acme della malattia il maniaco è di continuo in movimento. Ciarla, grida, canta, balla, ride, rompe, fino al temporaneo esaurimento. Tutti questi atti hanno l'apparente impronta della volontà e sembrano azioni motivate, ma invece sono a quella realmente sottratti, si compiono senza scopo cosciente od anche senza coscienza; essi hanno il carattere di movimenti automatici, istintivi, coatti. Questa maniera di movimenti è puramente automatica, ma appare come volontaria perchè lo stimolo ha luogo in una sfera dell'organo psichico che, sotto rapporti normali, è solito manifestarsi e reagire in forma di potere volontario.

Che l'agitazione motoria dei maniaci sia un fenomeno d'irritazione dei centri sensorio-motori della corteccia del lobo frontale, reso indipendente dall'attività volitiva, è una cosa che non può mettersi in dubbio. Le ipotesi si aggirano soltanto su ciò, se sia a credersi ad un fenomeno irritativo dei centri sensori o dei motori.

Mentre il Mendel (*Die Manie*, pag. 182) pensa che i centri motori si trovino in uno stato di elevata irritabilità, talchè le più lievi impressioni producano un'enorme reazione, Meynert invece (*Die acuten formen des Wahnsinns*, *Jahrb. f. Psych.*, 1881, II, H. 2. e 3) crede che questi fenomeni sieno conseguenza di un eccitamento allucinatorio dei centri sensori. L'agitazione maniaca secondo lui altro non è che il prodotto di allucinazioni del senso muscolare, di un senso allucinatorio dell'innervazione. Il campo dell'innervazione sensitiva (i centri sensorio-motori del lobo anteriore, che senza dubbio presiedono alla rappresentazione mnemonica, all'idea dei movimenti) qui sarebbe allucinatoriamente affetto. L'agitazione motoria sarebbe, secondo questa teoria, un fenomeno per nulla motorio, bensì un fenomeno d'irritazione sensoriale. Meynert sostiene la sua autorevole opinione dicendo che ogni movimento si può ripe-

tere da un atto sensoriale e che le cellule cerebrali non hanno che una singola funzionale specificità: l'attitudine al sentire.

Ritenevasi già che i maniaci sviluppassero maggior forza muscolare di quello che allo stato fisiologico, e in base a tale pregiudizio si prodigarono catene e carcere ai disgraziati. Questa opinione è fisiologicamente insostenibile. È ben vero che il maniaco fa certe cose di cui il sano non appare capace, ma questa sovrabbondanza di forza muscolare è solo apparente. Si pensi che i malati, per la loro turbata coscienza, non vedon pericoli, non provano senso di vertigine o stanchezza e perciò si mettono in grado di esternare tutta quanta la loro forza muscolare, appunto come il sano, in seguito a disperazione, timore di morte, ecc., può commettere delle cose che non rientrano nella legge comune. Ma se la quantità assoluta della forza non è aumentata, è però oltrepassata la norma riguardo alla durata del lavoro muscolare. Un maniaco può saltare, ballare, urlare, infuriarsi per un giorno intero senza stancarsi; un simulatore non può durarci neppur delle ore. La ragione è questa: nel primo manca ogni sentimento di fatica (anestesia muscolare per turbata appercezione); nel secondo invece questi movimenti devono esser chiamati dalla volontà, mentre nell'altro la volontà è esclusa e l'atto è il prodotto di un eccitamento spontaneo. Può il totale del lavoro muscolare che ne segue essere lo stesso in entrambi, ma la differenza grande sarà in ciò, che nell'uno la funzione dell'organo centrale è volontaria e psichica, e nell'altro spontanea ed automatica. Analogamente vediamo noi nelle isteriche, nelle istero-epilettiche, nei coreici delle convulsioni che durano delle ore e dei giorni, senza indurre stanchezza od esaurimento. Evidentemente le funzioni motrici arbitrarie e le spontanee non sono ugualmente apprezzabili e si danno molti equivalenti della forza meccanica puramente spontanea, che si manifestano in forma psichica.

Ciò appare anche dal lato trofico, inquantochè, nonostante il grande lavoro dei maniaci, l'insonnia, l'insufficiente cibo e l'aumentata perdita di calore, il peso non cala nella stessa

proporzione, come invece avverrebbe nel sano sotto uguali condizioni.

b) *Azioni psichiche riflesse nei melanconici e nei deliranti.*

Fondamentalmente diversa dall'agitazione dei maniaci, quantunque abbia con essa dei punti esterni di contatto, è l'agitazione eccessiva che trovasi in certe fasi della melanconia *(M. activa)* e nei deliranti. Anche il melanconico rompe ed infuria, secondo le circostanze, ma la sua agitazione è un'azione psichica riflessa in seguito ad affetti fortemente dolorosi, nominatamente all'ansia precordiale, ecc. L'agitazione del melanconico e del delirante, per l'origine sua da affetti tormentosi e da allucinazioni terrifiche di cui vi ha coscienza, è ben diversa dall'automatica dei maniaci e trova analogia con certe azioni, spesso prive di scopo o distruttive, cui conducono talvolta in via fisiologica certi affetti dolorosi (disperazione ecc.), come sfogo, come ristoro agli stati tormentosi dell'animo.

c) *Movimenti coatti negli stati di indebolimento psichico* (1).

Coi fenomeni dell'agitazione maniaca non sono finalmente a confondersi certi movimenti che si osservano negli stati d'indebolimento psichico. Il modo particolare di questi movimenti ci impedisce di cadere in errore. Si tratta qui di movimenti combinati (batter sè stesso, camminare sulle proprie orme, andare in linea retta, scopare intorno a sè stessi, ecc.) che si seguono indefinitamente e di cui l'individuo non dimostra di essere punto cosciente. Occasionalmente questi atti tengon dietro a sensazioni, idee deliranti, illusioni e divengono abituali anche dopo la scomparsa della causa occasionale, come avviene per certi movimenti che, da principio volontari, si stabiliscono automaticamente in via fisiologica. Anche certi movimenti e

(1) SNELL, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 30.

gesti dei sani, divenuti abitualmente incoscienti, trovano qui la loro analogia.

Dobbiamo parlare di due speciali modi di movimento che non hanno un'impronta nettamente psichica, ma che si manifestano indubitatamente per stimolo interno dei centri psicomotori: la tetania e la catalessi.

d) *Tetania* (1).

I muscoli sono rigidi, contratturati in leggera fessione: i movimenti passivi portano all'eccesso la resistenza muscolare, che non è vinta se non da una certa forza impiegata dall'osservatore. Il malato oppone una resistenza attiva, ma appena cosciente, ai movimenti passivi impressi alle sue parti dalle mani altrui, in causa di impressioni dolorose, ostili o incerte, che gli vengono dal mondo esterno.

Questo fenomeno si limita sempre ai flessori, adduttori, pronatori e lascia liberi gli estensori. Nell'acme di tale stato i malati, secondo il quadro pittoresco datone dall'Arndt, sono arrotolati in una massa informe, col capo chino, i ginocchi vicini al petto, il dorso incurvato, le braccia strette contro il petto, le unghie infisse nelle carni, le coscie flesse sul bacino, le gambe sulle coscie, colle labbra allungate a guisa di ceffo per avvicinamento delle mascelle. Si unisca a ciò una fisonomia contratta e disgustosa, colle sopracciglia aggrottate, colle labbra sporgenti, come se volesser soffiare, colle mandibole ravvicinate. Questo è il quadro classico. Ma spesso sono i muscoli del viso, del capo, delle mani, o delle dita gli interessati. È ancora in discussione se si tratti qui di uno stimolo diretto dei centri psicomotori, oppure indiretto per sensibilità riflessa, come ritiene lo Schüle.

Questa tetania trovasi nella melanconia ed in certi stati di demenza, e accusa uno stimolo profondo, uno stato morboso

(1) Arndt, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 30, p. 53; Kahlbaum op. cit.

grave. Nei casi duraturi vi ha sempre un grande disturbo della coscienza e dell' appercezione.

c) *Catalessi* (1).

Qui i muscoli non presentano la rigidezza che si osserva nella tetania. Non oppongono resistenza ai movimenti passivi, ma conservano lungo tempo la posizione occasionalmente presa e rimangono lungamente nella posizione in cui sono messi.

Il malato non può cambiare spontaneamente la posizione; ma soltanto la gravità, che a poco a poco agisce, conduce gli arti in altra posizione. Possono le membra avere quella speciale flessibilità cerea che fa assomigliare i malati a figure di cera (catalessi vera); oppure possono le dita, dopo essere state flesse, ritornare di nuovo in estensione (catelessi spuria).

La catalessi viene accessualmente e transitoriamente oppure persiste duratura. È sempre accompagnata a profondo disturbo della coscienza e ad anastesia cutanea e muscolare. L'alterato senso muscolare, associato al disturbo della coscienza, tien lontano il senso della stanchezza e fa sì che siano possibili senza fatica le più incomode posizioni muscolari. Il tardo intervento della gravità nelle membra, nonostante la mancanza dell' innervazione cosciente, parla per un fenomeno automatico riflesso delle vie cerebro-spinali, che mantengono continua l'innervazione nei muscoli che sono in istato di catalessi.

Probabilmente sono i forti stimoli sensitivi periferici che fan dileguare la catalessi. In alcuni casi di Arndt, relativi a degli onanisti, i nervi genitali erano iperestetici e bastava una debole compressione ai testicoli iperestetici per provocare accessi catalettici, mentre una compressione forte li arrestava momentaneamente.

Anche lo Schüle (Hdb. p. 54) crede ad un fenomeno riflesso di arresto nel campo psicomotorio, in seguito a stimolo sensitivo

(1) Arndt, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 30, H 1; Schule, *Handb.* p. 55.

(per lo più sessuale), con indebolimento contemporaneo della funzione corticale (anemia profonda), in individui che presentano costituzione neuropatica, ereditarietà, onanismo, malattie uterine, ecc.

Anche la catalessi accusa un profondo disturbo nella corteccia destinata alle funzioni psichiche. Trovasi nei melanconici, nelle isteriche, negli epilettici, finalmente nei maniaci e nei dementi.

4. — Disturbi della volontà.

La sfera volitiva nei pazzi presenta molti fenomeni abnormi, tanto nella forma che nel contenuto, i quali derivano necessariamente da disposizioni ed affetti morbosi e da anomalie delle idee.

È a pensarsi sopratutto che vi sono molti pazzi, i quali ragionano dirittamente, o almeno non presentano idee deliranti, che tuttavia commettono azioni insensate, di cui sanno scusarsi con grande acume ed ingegno.

La frequenza di questi casi ha dato luogo alla creazione di una forma morbosa speciale, la così detta *folie raisonnante* (1).

La spiegazione di questo meraviglioso fenomeno è la seguente: non si ha, è vero, in questi casi alcun delirio, ma il processo ideale è formalmente turbato. Esso è, per es., accelerato in modo da non esser possibile la riflessione sulle idee che conducono alle azioni concrete. Questo è il caso nei maniaci. Una data idea, senza che idee contrarie ne abbiano esaminato o approvato il motivo, si traduce in azioni, che hanno quindi necessariamente in sè il carattere della insensatezza e della precipitazione. Dopo il fatto può benissimo il malato (ritenutolo cattivo) mascherarlo, adducendo un motivo ragionevole, e in ciò non si trova mai imbrogliato, coll'aiuto del morboso aumento delle sue idee. In altri casi l'azione cattiva è il seguito di una

(1) V. discussione della Società medico-psicolog. negli *Annal méd. psych.* 1866, maggio, luglio; Compagne, *Traité de la manie raisonnante*, 1868; Brierre, *De la folie raisonnante*, Paris, 1867; *Irrenfreund* 1866, 7; Schule, *Handb.* p. 75.

idea fissa, il cui passaggio in azione il malato non ha potuto arrestare; ovvero il malato trovasi in uno stato affettivo, in grazia al quale le idee non vengono chiaramente alla coscienza o almeno non sono subordinate alla riflessione (movimenti psichici riflessi, azioni impulsive).

In una serie di casi di tal natura, con azioni malfatte, l'intelligenza è soltanto apparentemente intatta. Esistono ad es. idee deliranti, che sono anzi motivo delle azioni, ma il malato possiede il potere di occultarle e dissimularle. È perciò importante conoscere il modo e la natura di questi impulsi e di queste azioni, che possono accennare ad alterazioni morbose di altri elementi.

Che i pazzi possano agire con astuzia e riflessione, è noto ai profani e si spiega pel fatto che il meccanismo logico dei giudizi e delle conclusioni è ancora presente e spesso ben lontano da una generale decadenza delle funzioni psichiche (confusione, demenza).

La volontà, nei pazzi, può essere in due guise alterata: può essere diminuita fino alla scomparsa, aumentata fino alla sfrenatezza.

a) Stati di *diminuita volontà* (1) trovansi nei dementi e nei melanconici.

Nei primi sono conseguenza fatale della indifferenza mentale, etica ed affettiva e della mancanza di appercezione. Ad esempio, nella demenza apatica si può venire a completa perdita delle idee. La volontà ha quindi necessariamente un fine e di essa possono rimanere soltanto le funzioni istintive che si limitano al soddisfacimento del bisogno di cibo (Abulia).

L'abulia dei melanconici (anenergia), quantunque presenti un quadro analogo a quella dei dementi, ha però un altro fondamento.

Nei primi la volontà può essere virtualmente vivace, ma il suo estrinsecarsi essere impossibile per i molteplici arresti, i quali possono essere fondati:

(1) Leubuscher, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 4, p. 562; Emminghaus, *Allg. Psychopath.* p. 242.

1° *Nella coscienza dell'impossibilità di conseguire ciò che si desidera.* — La volontà è un desiderio cosciente di ciò che è pensato come conseguibile. Ma il melanconico, col sentimento di sè stesso abbassato, col suo senso comune alterato, non crede ad alcuna conseguibilità e desiste perciò dal volere.

2° In un *sentimento doloroso.* Il movimento psichico necessario per dar luogo all'azione è nei malati accompagnato a dolore psichico, a un senso di dispiacere. Ciò trova analogia p. es. colla neuralgia, dove chi ne è affetto evita istintivamente ogni movimento per non sentir dolore.

3° *In particolari arresti del meccanismo psichico.* — Trovasi una difficoltata traduzione delle idee in movimenti, per cui può pensarsi ad un'arrestata funzione nelle vie psichiche riflesse o ad un aumento dell'eccitabilità riflessa dei centri d'arresto. L'idea non è più sufficiente a produrre gli stimoli necessari al movimento. Il malato, al quale è di grave pena questo stato di tensione psichica, comprende che il movimento deve essere faticoso e quindi non lo fa o solo imperfettamente. Nei violenti stati affettivi (accumulo dello stimolo di diverse idee), il malato è invece transitoriamente libero nei suoi movimenti e forse ancora, nelle sue azioni, più energico del maniaco.

4° *Nei disturbi dell'associazione.* — Talvolta la svogliatezza del melanconico proviene dall'irresolutezza fra contrarie idee. In balìa di queste e pesando il pro e il contro delle sue idee, egli non viene mai ad alcuna conclusione ed è in continua alternativa fra il dubbio e lo scrupolo.

5° Sonvi finalmente dei casi, in cui la volontà è turbata unicamente dietro *idee deliranti e illusioni sensoriali.* Così il malato rimarrà immobile credendo di aver le gambe di vetro o di legno, o perchè si vede sull'orlo di un abisso, o vede gesti e sente voci che gli fan conoscere che è perduto se si muove.

b) *Un illimitato aumento della volontà* (*iperbulia* — Emminghaus), trovasi negli stati maniaci. Le condizioni devono ricercarsi:

1° *Nel morboso, aumentato sentimento di sè,* che tutto fa vedere come conseguibile, in base ad un senso di aumentata attività corporea e mentale.

2° *Nella perdita di tutte le idee arrestatrici, ordinatrici, controllanti* dell'opportunità, coordinazione ad uno scopo ecc., che nel sano servono a padroneggiare le tendenze.

3° *Nell'abbondanza dei motivi al movimento*, in seguito al facilitato ricambio d'idee; ciò al contrario di quanto si ha nella monotonia del melanconico. Tali idee sono altresì accompagnate a sentimenti straordinariamente forti.

4° *Nel facilitato passaggio dell'idea in movimenti impulsivi.* Qui si rende ben palese l'enorme prontezza colla quale l'apparato motore reagisce ai motivi di movimento.

Questi fenomeni patologici appaiono come uno sfogo alla tensione delle molte idee e come un'elevata motilità riflessa negli organi psichici. Potrebbe anche pensarsi che l'aumentata motilità riflessa tenesse all'influenza arrestatrice, riflessa su certi centri elevati che servono al ragionare, in modo analogo a quanto si ha nel midollo spinale dietro arresto dell'influenza del cervello, per sonno o per malattia.

In seguito a tali disturbi della volontà, le azioni dei maniaci appaiono disordinate, scandalose, goffe, insolenti.

5. — Disturbi del libero arbitrio.

Lo stato morboso mentale toglie il libero arbitrio ai pazzi. Questo articolo trovasi nei codici di tutti i popoli civilizzati.

La libera destinazione della volontà è tolta nei pazzi:

a) Perchè le malattie cerebrali o i vizi congeniti del cervello, coi successivi spontanei affetti, le morbose disposizioni, gl'istinti, le idee deliranti e le illusioni possono cagionare l'atto criminoso.

b) Così, mentre nessun motivo morale e retto è capace, nello stato normale, di spiegare un'azione criminosa, qui invece:

α) per la malattia cerebrale le funzioni psichiche elevate sono perdute (indebolimento mentale), oppure mancano temporaneamente (disturbi transitori della coscienza); oppure:

β) in seguito alla malattia (che importa il disturbo formale dei processi ideativi) le azioni non possono venire apprezzate dalla coscienza (melanconia, mania).

c) Per le idee deliranti e le illusioni, la coscienza di sè e delle proprie azioni viene falsata. Tale disturbo può andar sì lungi che la primitiva personalità può essere cambiata in una morbosa (Paranoia), cosicchè l'azione viene attribuita ad altra persona. La personalità giuridica rimane la stessa, ma è cambiata la psicologica.

CAPITOLO V

Disturbi elementari della coscienza (1).

La coscienza, come risulta formata dal contenuto delle idee che la occupano nell'unità di tempo, non è una grandezza costante. Secondo il grado e l'entità dell'ideazione dannosi diversi gradi di chiarezza della coscienza. Il più alto grado di essa è rappresentato dalla così detta coscienza di sè stesso, nella quale chi pensa è perfettamente cosciente del suo processo ideale. Essa presuppone un processo di percezione integro e sottoposto alla volontà (attenzione) ed un'integrità della riproduzione basata sulla memoria. Mentre l'io si stabilisce in opposizione al mondo esterno, esso involge una coscienza di personalità, in quanto che le idee decorrono colla contemplazione del tempo e dello spazio, talchè si ha una coscienza di mondo o spazio e di tempo.

Accanto al mondo della vita cosciente sta, con interposizione di molti punti di passaggio, una sfera incosciente della vita psichica, la quale è infinitamente più estesa ed importante della prima. Essa è in continua azione e presiede ai movimenti che i nervi sensitivi da tutte le provincie del corpo comunicano alla corteccia e viceversa. Essa regola la deambulazione mediante un atto di autocoscienza (volontà), deambulazione che diviene poi ugualmente pronta e sicura in via automatica anche quando la

(1) Letterat.: Koch, *Vom Bewusstsein in Zuständen krankhafter Bewusstlosigkeit*, Stuttgart, 1878; lo stesso, *Allg. Zeit. f. Psych.*, 35, pag. 601; Wernicke *id.* 35, p. 420, 36, p. 509; We ss *id.* 38, p. 45.

volontà non è in quel tempo presente. Essa lavora, colla nutrizione e il ricambio dei materiali nella corteccia, a che le idee si mantengano nella via fisiologica e così pure le immagini, gl' impulsi ad agire ed altri complicati processi psichici, il cui risultato finale (intuizione, giudizi, conclusioni, affetti) si presenta dapprima all'autocoscienza.

Da tale attività incosciente noi ripetiamo la nostra individualità mentale, la nostra disposizione psichica, le nostre idee, i nostri impulsi. Essa è tanto importante quanto il nostro io autocosciente. Sotto condizioni patologiche può darsi che questo processo di incosciente meccanica cerebrale possa rivelarsi con idee riprodotte o con impulsi motori che non si spingono fino alla coscienza, o si arrestano solo ai dintorni di questa, e sono appercepiti dall'autocoscienza come un'allucinazione o come un'azione impulsiva.

La causa di questi disturbi risiede in alterazioni morbose dell'organo della coscienza, le quali possono giungere fino all'abolizione dell'attenzione, riflessione e riproduzione volitiva.

In altri casi questo processo di meccanica cerebrale incosciente può essere completamente perduto dall'autocoscienza (l'individuo non sa più nulla di ciò che ha visto e pensato (amnesia)); a tutto ciò egli è un io estraneo (scissione della personalità, come nella demonomania, nella paranoia, oppure tutto ciò gli si presenta come proveniente dal mondo esterno (allucinazione non ritenuta per tale)).

Questa attività della sfera incosciente può essere complicata e manifestarsi con allucinazioni, deliri, e così apparire uguale a quella della vita cosciente. Che però non sia cosciente lo rivela la profonda amnesia che domina la posizione, mentre i movimenti psichici della sfera cosciente lasciano osservare un ricordo almeno.

Un gran numero di fenomeni della pazzia (molte disposizioni d'animo, affetti, azioni, allucinazioni) è spiegabile, secondo una ragionevole presupposizione, dal fatto che spesso si manifestano le funzioni dell'incosciente meccanica cerebrale, non rischiarate dai lumi dell'autocoscienza.

Anche nella vita fisiologica (ricordi dei sogni, distrazione) alcune idee passano dal mondo dell'incosciente e toccano le soglie della coscienza, ma su tale provenienza non può avvenirne alcuna illusione, perchè l'integrità dell'attenzione lo impedisce.

Nella pazzia trovansi molti ed interessanti disturbi elementari dell'autocoscienza.

Così noi troviamo dei disturbi profondi della coscienza di tempo o luogo, che parlano per una esistenza psichicamente crepuscolare (semicosciente), nelle gravi degenerazioni del cervello (demenza paralitica e senile).

Di grande interesse sono quei casi, in cui i ricordi della gioventù costituiscono una lacuna completa nella coscienza; tale lacuna nell'esistenza storica dell'individuo può essere di anni e di decine d'anni. Vi sono al contrario degli individui, in cui il periodo più recente di vita (dalla malattia in poi) è completamente scomparso dalla coscienza o attribuito ad altra personalità, mentre ricordano benissimo tutta la vita antecedente.

Vi sono anzi dei casi in cui la coscienza della propria esistenza psichica è totalmente scomparsa ed il malato si considera come un oggetto, parla in terza persona ecc. In certi casi, accanto a tali trasformazioni, trovansi dei profondi disturbi sensitivi che non di rado danno luogo al delirio di credersi morti. Sono anche interessanti quei casi nei quali, oltre all'io morboso, trovansi dei frammenti dell'antecedente personalità, oppure questa è divisa in diverse personalità, causa di un circolo delirante (pluralità dell'io, scissura della personalità).

Nell'ultimo caso esiste almeno ancora una continuità della coscienza, alterata soltanto nel contenuto: non sono due persone, ma è la stessa con diverso contenuto mentale. I diversi io sono ancora necessariamente avvinti dal sentimento dell'unità corporea e dalla coscienza della successione temporanea dell'uno all'altro.

In rari casi manca però questo legame successivo: il malato è accessualmente una tutt'altra personalità, e come non appaiono i barlumi della coscienza del tempo della vita sana durante la malattia, il malato vive così una vita perfettamente doppia,

egli ha due personalità temporaneamente distinte (coscienza alternante). Tali stati (1) trovansi più spesso nelle donne, in connessione allo sviluppo della pubertà e come fenomeno parziale di una neurosi isterica. Stanno assai vicini al sonnambulismo.

Dal grado del turbamento della coscienza dipende la coscienza della malattia ed il ricordo della vita morbosa. Il sentimento della malattia è più spesso esistente di quello che non si pensi. Non di rado si ha un senso di angoscia per la perdita della ragione, massime negl'individui ereditariamente predisposti.

Negli stadi iniziali della melanconia tale sentimento è molto vivace e talvolta spinge il malato stesso a chiedere l'ammissione nel manicomio. Anche nel massimo della mania, il malato è a sufficienza cosciente de' suoi disturbi, pei quali talvolta si scusa dicendosi insensato. Negli stadi avanzati, quando esistono idee deliranti sistematiche od una decadenza mentale, il malato è privo d'ogni potere di riconoscere il suo stato morboso e si lamenta di essere detenuto. Nella convalescenza, il conoscere il proprio male è uno dei primi segni verso la guarigione.

Il ricordo della vita malata è proporzionale alla profondità del disturbo della coscienza. Più acuto è l'accesso morboso, più sommario e deficiente ne è il ricordo. Mentre nei casi cronici di mania e di melanconia, ogni particolare è ricordato, manca invece la memoria di ciò negli stati acutissimi (stati d'alcoolismo, tossici, deliri acuti, mania transitoria, raptus melancholicus, convulsione epilettica, affetti patologici), o è sommaria e deficiente (mania e melanconia acute, *petit mal*, stupore) o si limita al contenuto delle idee dei sogni (estasi, sonnambulismo, certi stati epilettoidi (2)).

(1) V. gl'interessanti casi di Azam, *Annal. méd. psych.*, luglio 1876, e Berthier, *id.*, sett. 1877, *id.* ottobre 1857; Winslow, *Obscure diseases of the brain*, p. 279; Jessen, *Physiol. d. menschlich Denkens*, p. 66; Emminghaus, *Psychopathol.* pag. 128.

(2) V. dell'A. *transitor. Störungen des Selbstbewusstseins*, 1868; Pelmann, *Allg. Zeit. f. Psych.* 1864, p. 86.

Come forme speciali di disturbi della coscienza, accanto alle forme di sonnolenza, sopore, coma ecc., che insegna la cerebro-patologia generale, nei pazzi possiamo annoverare:

1° *Gli stati psichici semicoscienti* (*Dämmerzustände*, stati crepuscolari). Le idee non si elevano fino alla completa chiarezza nella coscienza. La coscienza del tempo, dello spazio e della propria personalità qui sono notevolmente turbate. La appercezione del mondo esterno è oscura, frammentata, come attraverso a un velo. La reminiscenza di tale stato è incompleta e sommaria. Simili stati crepuscolari, semicoscienti, trovansi negli epilettici fra gli accessi o alla fine di questi, o come obnubilamenti temporanei, senza unirsi agli accessi. Parimenti si hanno nell'alcoolismo cronico, nella demenza paralitica e senile.

2° *Stati sonnambolici* (*Traumzustände*) *della veglia.* — La coscienza qui è turbata fino all'abolizione dell'autocoscienza, (incoscienza in senso forense); la coscienza del mondo esterno e della propria personalità è spenta, o almeno ridotta al minimo di chiarezza. Gli stimoli sensitivi non vanno più alla coscienza, non si elevano più a percezioni note. Simile stato è uguale a quello dei sogni, con questa sola differenza che la sfera psicomotoria non è arrestata e che i deliri e le allucinazioni si esternano con atti motori.

A questa categoria appartengono certi stati di delirio febbrile o di inanizione, di ebbrezza, certe forme di disturbi epilettoidi della coscienza, certi affetti patologici ed il sonnambulismo.

3° *Stupore.* — Le funzioni psichiche tutte sono in uno stato d'arresto, senza però giungere all'abolizione. La coscienza è turbata in quanto che le idee non si succedono colla chiarezza della vita normale. Appercezione lenta, oscura, il corso delle idee difficile, tardo. Si osserva segnatamente un arresto nella sfera psicomotoria. L'infermo manca di ogni spontaneità, sta ore intere in un sito, esprime in tutto apatia ed indifferenza, i movimenti volontari notansi di rado, con grande fatica e lentezza.

Accanto all' arresto psichico trovasi di regola un arresto dell' eccitabilità spinale, poi anestesia ed analgesia. Anche l' innervazione degli organi vegetativi è diminuita, il respiro superficiale, i toni cardiaci sono deboli, il polso è piccolo, lento, costipato l' alvo, la circolazione lenta (edemi ai piedi). Possono transitoriamente complicarvisi degli stati catalettici.

Simili stati stuporosi trovansi come fenomeni postepilettici o postmaniaci, come episodi della demenza paralitica o della paranoia, come forma alterna ad uno stato maniaco (pazzia circolare). Primitivamente si hanno dopo forte spavento, grave perdita di sangue, avvelenamento da ossido di carbonio, strangolamento, come accompagnamento di stati melanconici (melanconia stupida), come espressione di esaurimento cerebrale dopo malattia acuta (tifo), dopo eccessi sessuali, massime onanistici. Come base di tali stati si può pensare all' anemia del cervello per edema (strangolamento), per spasmo vasomotorio (terrore), per inanizione (tifo) ecc.

4° *Estasi*. La coscienza è in uno stato come di sogno, assorbita da interne preoccupazioni. Essa è limitata ad un vivace stimolo pieno di affetti e si aggira in un cerchio di idee spontanee e fisse, vivamente colorite da allucinazioni. In questa concentrazione interna la coscienza del mondo esterno e del proprio corpo è sospesa o limitata a ciò che sta in rapporto colle idee del sogno.

Anche la sfera psicomotoria è mantenuta unilateralmente nella direzione dell' idea. L' individuo assume l' atteggiamento di una statua, i suoi muscoli possono assumere transitoriamente la flessibilità cerea.

L' estasi trovasi prevalere nella donna, massime a fondo isterico. Gli stati anemici, le malattie dell' utero, le anomalie funzionali dei genitali, la religiosità esaltata, predispongono notevolmente. Non di rado questo stato precede o segue le convulsioni (isteriche). L' autocoscienza manca o è assai turbata e perciò manca la memoria dell' accesso, o almeno si limita ad alcune reminiscenze del delirio allucinatorio.

CAPITOLO VI

I disturbi del linguaggio nella pazzia (1).

La parola, come mediatrice del pensiero e come immediata funzione del cervello, offre all'alienista una sorgente d'osservazione non solo riguardo al contenuto dei pensieri, ma anche al modo col quale questi vengono esternati.

Il linguaggio si esterna con gesti, suoni, parole e scritti.

Come infimo grado di questa proprietà (in modo congenito od acquisito), può la parola essere limitata a gesti o a suoni (idioti, dementi) per esprimere affetti.

Occupa un grado più elevato la parola di certi dementi, analoga a quella dei piccoli fanciulli e pappagalli, che recitano le parole lor dette, saltandone alcune o ripetendo solo l'ultima (*Echosprache*). Progredendo ancora trovasi la parola come espressione dei bisogni, la quale va man mano arricchendosi coi rapporti dei popoli e colla cultura. La più elevata funzione del linguaggio è la parola scritta.

In sostanza la parola si manifesta nel contenuto e nella forma, come un delicato reagente esterno del contenuto della coscienza e della capacità del meccanismo psichico.

Fra i disturbi del puro meccanismo dell'articolazione, nel terreno della patologia speciale, noi abbiamo (idiozia, paralisi) soltanto

(1) Cfr. la bell'opera di Kussmaul « Die Störungen der Sprache » 1877, p. 44-46, 195-199, 211-223; Spielmann, *Diagnostik*, p. 26, 100; Conradi, *Wien. Med. Woch.* xviii, 70.

quelli per lesione corticale, noti sotto il nome di disfrasie e disfasie (*Kussmaul*).

1. Più frequenti sono le *disfrasie*. Esse possono consistere in anomalie: *a*) del tempo, *b*) della forma del discorso, *c*) della sintassi; *d*) del contenuto del discorso.

a) Un acceleramento nel linguaggio, come espressione di facilitati moti ideali, trovasi negli stati di esaltamento psichico, specie nei maniaci (logorrea, polifrasia). La dicitura è facilissima, fluente, mai interrotta (flusso di idee); ogni argomento, ogni piccola sensazione risvegliano la verbosità. Nella massima confusione, nell'acme dell'agitazione, notasi un'alterazione nel nesso grammaticale delle parole e delle proposizioni. Una confusione della parola può anche aversi per disturbi d'associazione (imbroglio, affetto) in seguito alla superficiale analogia di sonorità delle parole che esprimono due pensieri diversi (molti maniaci e paranoici). Si può avere in certi stati d'indebolimento, in cui le parole sono larve di parole e addotte fuori d'argomento (certi paranoici), come pure può essere basata sulla parafasia. Questi stati differiscono molto dalla confusione maniaca pel mancante acceleramento nella favella.

Un linguaggio limitato e tardo trovasi in molti melanconici e dementi. Nel primo caso ciò avviene in seguito ad arresto ideale per influenza di allucinazioni ed affetti, nell'ultimo per incapacità mentale di costruire un pensiero (SOLBRIG, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 25, p. 321).

Entrambi questi disturbi possono condurre al completo mutismo. Così la melanconia, per aumento degli arresti, induce la mancanza del riflesso delle parole (melanconia con stupore) e la demenza per mancanza di idee (idiozia, sordomutismo), o per perdita delle stesse (demenza acquisita apatica).

Frequente è il mutismo per un motivo delirante o per allucinazioni imperative (paranoia religiosa). Talvolta si ha nella pazzia isterica, anche in seguito al senso di bolo.

b) Interessanti anomalie nella forma del discorso, offrono le parole patetiche dei paranoici esaltati o estatici, in base a movimenti affettivi e ad elevato sentire di sè, poi la dicitura triviale,

oscena, con vezzeggiativi, di certi paranoici ed ebefrenici (1), il parlare rimato dei maniaci. Qui va pur detto di una forma di verbigcrazione descritta per la prima volta da Kahlbaum (*« Die Katatonie »* 1874, p. 39), in cui il malato fa discorsi con parole privc di significato c di legame, ma coll'apparente forma di un ragionamento. Questa verbigerazione distingue Kahlbaum dalla scipitezza e dal cicaleccio di certi confusionari e dementi per il triviale contenuto dei discorsi di questi malati, dai discorsi dei maniaci per il contenuto progressivo loro, che giungc all'idcorrea, e non si limita come negli altri verbigeratori a ripeter all'infinito le stessc parolc (2).

Io vidi un paralitico che ripeteva per ore le stesse parole, combinando in mille guise i suoni e le sillabe (stimolo corticale nella via del meccanismo del linguaggio in seguito ad arresto nel processo ideativo?).

Il ripeter più volte la stessa parola può derivare da motivi psichicamentc intimi. Così dal paranoico religioso, che ha special rispetto per il tre, tre volte sarà pronunciato o scritto questo numero. Così in un'ipocondriaca di Morel (*Traité des maladies ment.* p. 300), il timore di aver perduta la favella le faceva ripeterc più volte la stcssa parola.

c) Gli errori di sintassi trovansi spiccati nei paranoici e nei dementi. Si hanno accozzaglie di parole che non formano un discorso logico, scambi di nomi e verbi, errori di coniugazione o declinazionc, talchè sembra di assistere al discorso dei bambini. (*Cf.* Kussmaull, *op. cit.*, p. 196).

d) Di grandissimo interesse nel campo delle disfrasie, accanto alla povertà della parola per contenuto e dizionc, è finalmcnte la formazione (3) di nuove parole (neologismi). Essa trovasi solo nei paranoici e di rado nei melanconici. Quest'onomatopoesi è pcr lo più d'origine allucinatoria, o deriva da un nuovo sentimento morboso e contenuto ideale, o dalla necessità di battezzare qual-

(1) Hecker, *Virchow's Archiv* 52, p. 394 e Irrenfreund 1877, 4. 5.

(2) V. Brosius, *Allg. Zeit. f. Psych.* 33, H. 5. 6.

(3) Snell, *Allg. Zeit. f. Psych.*, 9, H. 1; Brosius, *id.* 14, H. 1; Martini 13, H. 4; Damerow, *Sefeloge*, p. 99; Schlager, *Wien med Wochenblatt* xix, 11. 12. 14.

che nuovo individuo, qualche nuova cosa in rapporto colle allucinazioni. Questi nuovi vocaboli sono specialmente creazioni dell'incosciente meccanica cerebrale, come talvolta avviene in via fisiologica, nella veglia o nel sogno, di profferire parole insensate ed incoerenti. Il malato in discorso, sotto il potere del nuovo mondo delle allucinazioni, crea neologismi perchè il linguaggio di prima non gli sembra più adatto alle idee tutte nuove che gli balenano alla mente.

2. *Disfasie* (1). — A questa categoria appartengono, secondo l'accurato lavoro di Kussmaul, quelle afasie che si osservano nelle malattie cerebrali con predominio di disturbi psichici (pazzia da trauma, apoplettica, paralitica) e che non di rado si hanno negli epilettici. Per lo più trattasi di afasia amnesica, raramente atassica. Di frequente vi si trova associata l'alexia, l'agrafia, o anche la paralexia, paragrafia, la sordità verbale, la cecità verbale (demenza paralitica). La demenza che accompagna questi disturbi maschera per lo più i fenomeni afasici, tanto più che il malato spesso non è cosciente della sua paralexia o paragrafia.

(1) Kussmaul, *op. cit.*, pag. 126, 128, 135 e seg.; Bergmann, *Allg. Zeit. f. Psych.* 6, p. 657; Nasse *id.* 10, p. 525; Falret, *Arch. génér.* 1864 e *Diction. encyclop.* 1866; Spamer, *Arch. f. Psych.* vi.

CAPITOLO VII

I disturbi psicosensoriali (1).

(Sinnestäuschungen).

Fra le anomalie elementari più importanti nella pazzia si hanno i delirii sensoriali o illusioni sensoriali, che sono motivati da disturbi nel campo dei sensi e della percezione (Hagen). Fin da Esquirol, che si occupò esattamente di questi fenomeni, si è abituati a distinguerli in due categorie:

1. Le allucinazioni.
2. Le illusioni.

La differenza fra questi due disturbi è in ciò che il primo si obbiettivizza senza stimolo del mondo esterno; il secondo invece non è che il risultato della falsa percezione di uno stimolo che realmente è presente alla coscienza.

1. *L'allucinazione.*

L'allucinazione, che richiama improvvise e vivaci immagini subbiettive (suoni, parole, sensazioni luminose), miste a delle reali apprezzate come quelle, può dirsi un completo abbaglio, l'illusione un errore dei sensi (Hagen).

(1) V. Giovanni Muller, *Handb. d. Physiol.* I, p. 249 e « *Ueber phantastische Gesichtserscheinungen* », 1826; Hagen, *Die Sinnestäuschungen*, 1838; lo stesso, *Allg. Zeit. f. Psych.* 25; Esquirol, *Arch. génér.* 1832; Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, 2 édit. 1852; Kahlbaum; *Allg. Zeit. f. Psych.* 23; Lazarus, *Die Lehre von den Sinnestäuschungen*, 1867; Schule *Handb.* p. 113; Emminghaus, *op. cit.* p. 141; Schöfer, *Allg. Zeit. f. Psych.* 36, p. 263; Tamburini, *Irrenfreund* 1880, 11, 12; Kräpelin, *Trugwahrnehmungen*, *Vierteljahrsschr. f. wissenchaftl. Philosofie* v, 2.

Nel processo della percezione normale, noi dobbiamo distinguere tre stazioni:

a) L'apparato esterno del relativo organo sensitivo (retina, organo del Corti, corpuscoli tattili, papille della lingua),

b) La terminazione dei nervi relativi nel cervello (ottico — corpi quadrigemini, acustico — nucleo grigio al fondo della fossa romboidale, olfattorio — cellule gangliari delle clave olfattive). — Organo di percezione secondo Schröder van der Kolk, cervello sensoriale, organo delle metamorfosi psichiche.

Le impressioni esercitate sulla stazione *a*) sono come la negativa e vengono trasformate in sensazioni psichiche elementari nella stazione *b, centrum sensationis*).

c) Come terza stazione noi dobbiamo segnalare la corteccia cerebrale (centri sensori corticali, centri d'ideazione), organo di appercezione, in cui gli stimoli, che vengono per le fibre della corona raggiata, sono percepiti, ed il residuo di una idea sensitiva acquistata già prima, può essere tradotto in percezione attuale ed in appercezione, massime coll'aiuto dell'attenzione.

Se questo stato (attenzione) manca, la percezione non può tradursi in appercezione. Questa trasformazione può però aversi immediatamente dopo uno stimolo che richiami l'attenzione.

Noi camminiamo ad es. per la strada, assorti in pensieri; un conoscente ci saluta; noi del saluto abbiamo un residuo di percezione, ma non con quei particolari, relativi al ben noto nostro conoscente, che l'attenzione risveglierà in noi più tardi. L'intero processo di questa percezione sensitiva è per noi incosciente.

Ugualmente incosciente è per noi il fatto, basato sulle leggi dei fenomeni eccentrici e della proiezione, mediante il quale avviene l'obbiettivazione delle percezioni nello spazio o alla superficie del nostro corpo. Non sì tosto l'oggetto visto scompare ad es. dal campo visivo, la sua immagine mnemonica rimane nell'organo di appercezione, per mezzo delle cellule ganglionari del quale può essere evocato o riprodotto alla memoria. Questo processo di riproduzione si complica ad un processo di eccitamento dell'organo percettivo che si figura

un'adeguata immagine sensitiva, la quale viene proiettata fuori dei sensi (immaginare le cose che non abbiamo sott'occhi). L'intensità di questo potere è molto vario, individuale: grande nei fanciulli, debole nei vecchi. Subito prima d'addormentarsi tante volte ci appaiono delle fantasticherie, poichè l'eccitamento degli organi sensitivi per gli stimoli esterni comincia a cessare.

Si può ammettere in via generale che gli affetti vivaci ed i sublimi poteri intellettuali, che noi si spesso riscontriamo nella schiera degli artisti, accrescono la virtù di obbiettivare nello spazio il già percepito, per un vivace eccitamento sensoriale, che può accrescersi tanto d'intensità, come avviene nei grandi artisti drammatici (Talma) e come provano le pagine plastiche di un Goethe, di un Ossian, di un Omero.

Anche nei compositori di musica la finezza dell'istrumentazione e il colorito dei suoni sono riferibili ad una vivace eccitazione del loro apparato centrale dell'udito.

Ad ogni modo sia notato che esiste sempre un rapporto proporzionale fra la forza dello stimolo ideale e l'intensità del movimento sensitivo nell'organo percettivo e che ogni eccitamento di un apparato di senso vien trasmesso alla periferia conforme alle leggi della proiezione eccentrica, e che i nervi posseggono un doppio potere di trasmissione. Su queste basi riuscirà chiaro lo studio delle allucinazioni.

Il potere, diremo così, obbiettivo delle percezioni e le allucinazioni sono entrambi qualità dei sensi, ma queste, nel secondo caso, trovansi in condizioni turbate. Soltanto i modi della loro formazione sono diversi. Nel primo caso si esternano sensazioni già provate e presenti alla coscienza; nel secondo si esternano impressioni interne psichiche. Le prime sono centripete, le seconde centrifughe. Entrambi però questi fenomeni, che il cervello sensitivo traduce in un suo movimento, sono ripetibili dal potere delle percezioni eccentriche alla periferia dei nervi.

L'allucinazione si può perciò definire un movimento centrifugo dell'apparecchio centrale di un nervo, dietro un adeguato stimolo ideale, fino ad acquistare la forza di una intuizione sensitiva. Fra riproduzione di un'idea sentita ed allucinazione vi ha una

differenza quantitativa, perchè nel primo caso non si passano i limiti del fisiologico, nel secondo sì, poichè l'allucinazione deve raggiungere la forza di un' intuizione sensitiva. L'allucinato vede e sente come se avesse sott'occhio veramente degli oggetti o sentisse pronunciar delle parole.

Ma si dà altresì un altro fattore per spiegare l'allucinazione: Questa può spiegarsi dietro un puro esaltamento della fantasia ed esser ancora nei limiti fisiologici. Trattasi di individualità che posseggono un potere mobilissimo e vivacissimo di obbiettivare le loro idee fantastiche ed un sistema nervoso che appena può chiamarsi normale.

Quand'anche l'intensità del movimento sensitivo debba essere considerata indipendente da quella delle idee, è a chiedersi se l'ingigantirsi del potere stimolatore delle idee basti per sè a produrre le allucinazioni. Si è necessariamente indotti ad ammettere in tali casi un'alterazione della eccitabilità nel cervello sensitivo (esagerazione), per la quale lo stimolo ideativo, normale o morboso, si ingrandisce fino all'intensità di una percezione sensitiva.

Noi troviamo allucinazioni:

1. Nella pazzia dove, in base a malattia cerebrale, si ha uno stato di aumentata eccitabilità funzionale anche in altri campi funzionali;

2. In certi stati di delirio febbrile;

3. Nelle malattie nervose, caratterizzate da un aumento di eccitabilità del sistema nervoso centrale (isterismo, epilessia, corea);

4. Nelle costituzioni neuropatiche;

5. Negli avvelenamenti per certe sostanze che, come la stricnina nel midollo spinale, aumentano la eccitabilità dei gangli sensitivi (belladonna, oppio, haschisch, giusquiamo);

6. Negli stati d'anemia del sistema nervoso centrale, che aumentano (come è noto) l'eccitabilità del medesimo. Qui va detto dell'insonnia e degli sforzi fisici e mentali che possono essere causa dei delirii sensoriali. Va detto della inanizione, delle perdite sanguigne, degli esaurimenti, dell'onanismo, quali

cause d'allucinazioni negli ascetici, santi ed eremiti dei secoli scorsi.

Come causa occasionale sono da invocarsi tutti quei momenti che includono un' intensa commozione e concentrazione delle idee. Così gli affetti aspettativi (terrore), quelli di entusiasmo, la viva preoccupazione in certi argomenti, il desiderio di libertà, la nostalgia, il difetto di stimoli sensitivi esterni possono dar origine a vivaci riproduzioni, a immagini fantastiche.

Così si spiega anche la frequenza delle allucinazioni nei pazzi, dove per disturbi nutritivi del cervello i centri sensitivi divengono iperestesici e, dietro certi affetti od idee, danno luogo a rappresentazioni sensitive molto intense. Il grande potere eccitatore di queste idee, sorpassando i limiti fisiologici del processo ideativo, in seguito a stimolo interno salta le barriere psicologiche dell' associazione delle idee e si collega ad un vivace processo organico.

Queste allucinazioni talvolta non sono congruenti al contenuto ed all' associazione delle idee presenti, cosicchè il malato è sempre più indotto a ritenerle percezioni esterne. Al pari delle idee fisse vengono richiamate, non di rado direttamente ed organicamente, per irradiazione dei nervi periferici ai centri psico-sensori, ed il loro contenuto diviene perciò stabile (allucinazioni stabili — Kahlbaum). Così per esempio nelle malattie d'utero, massime nella menopausa, il delirio allucinatorio ha un contenuto che si riferisce a delle voci sessualmente persecutrici, il quale diviene al tutto stazionario.

Le allucinazioni, da ciò che si è detto, sono fenomeni psicosensoriali. Ne fanno prova:

1. Il fatto che dopo la distruzione totale dell'organo sensitivo esterno, possono presentarsi le allucinazioni;

2. Che un eccitamento dell'apparato esterno di senso fino alla sua terminazione centrale, produce fenomeni luminosi, rumori, giammai figure o parole;

3. Che il contenuto delle allucinazioni (udito) non di rado è conforme al contenuto ideale. Così vi sono malati che sentonsi ripetere ciò che leggono, che si lagnano perchè i loro

pensieri vengono spiati da altri appena ne divengono coscienti. Certi malati, massime se colti, avvertono il lavorio che si fa nella loro testa, sono coscienti dell'allucinazione (un malato di Leuret diceva: *c'est un travail qui se fait dans ma tête).* Bastano le idee fisiologiche e coscienti a stimolare il centro acustico, ciò che lascia concludere per una rilevante iperestesia di questo;

4. Che lo spegnersi dell'attività ideale (perdita delle immagini mnemoniche) pone termine alle allucinazioni (demenza apatica);

5. Che in rari casi certi individui *disposti* possono richiamare volontariamente le loro allucinazioni;

6. Che talvolta le allucinazioni regnano epidemiche nei popoli preoccupati dallo stesso ordine di idee e di affetti.

Sia dunque posto come base che il significato nosologico di un'allucinazione è quello di un disturbo elementare delle funzioni psicosensoriali, che accenna sempre ad uno stato morboso degli organi nervosi centrali o almeno ad una costituzione neuropatica. Le allucinazioni trovansi al massimo nella pazzia, ma non sono di per sè un criterio di uno stato mentale morboso.

Il significato psicologico di un'allucinazione è quello di una percezione reale. Il malato vede, sente, come se la cosa realmente esistesse. Qui è a farsi distinzione se, in base a questa percezione subbiettiva, il malato l'avverte allucinatoria, o se, non riconoscendola tale, è condotto ad un inganno della coscienza. L'esito è dipendente dallo stato complessivo della coscienza e dalla integrità del rimanente campo sensoriale. Il caso di potersi correggere è regola nei non pazzi, dove l'attenzione e le attività sensitive ausiliarie riconoscono tosto l'errore.

Nei pazzi è regola il confondere l'allucinazione con una percezione obbiettiva, poichè la coscienza di sè è turbata; gli affetti turbano l'attenzione e d'altra parte spesso coesistono allucinazioni di parecchi sensi, da non essere possibile un controllo, se non nel senso di confermare sempre più il disturbo sensoriale.

Questo fatto, della confermata illusione per contemporanea lesione di più sensi, ha molto interesse e può aversi anche nei sani di mente.

Accade però anche nei pazzi che essi possano correggere le loro allucinazioni; ciò specialmente quando siano di un solo senso, appaiano raramente, siano limitate a un certo ordine di cose e non rappresentino che l'estrinsecazione plastica momentanea di corrispondenti pensieri o di parole lette.

Per lo più gli stimoli ideali che provocano le allucinazioni, appaiono per eccitamenti cerebrali spontanei (non associatorii), o almeno ignoti al malato avanti che divengano allucinazioni. Così avviene che il contenuto di queste non corrisponde alle idee coscienti, ma a qualche cosa di estraneo e vien proiettato nel mondo esterno.

Una questione non priva d'importanza è se un'allucinazione, che non è conosciuta per tale dall'individuo, sia un segno di pazzia.

Vi sono degli autori, e massime i francesi, i quali si spicciano dicendo che quello è semplicemente un fenomeno elementare, che non indica per sè uno stato morboso del cervello. E difatti l'esperienza c'insegna dei casi di individui, nei quali le allucinazioni erano reputate come avvenimenti reali e si è ancora incerti se si debbano considerare per pazzi. (Maometto, Napoleone, Socrate che aveva rapporti col suo demonio, Cellini che aveva visioni in chiesa, Pascal che vedeva un abisso davanti a sè, la Pulcella d'Orleans, Lutero che vedeva il diavolo nel suo calamaio).

La spiegazione di questi fatti non è difficile se noi pensiamo che codesti allucinati trovavano alimento al delirio nel delirio e nella superstizione dei loro secoli, nel portentoso, nel mistico, oppure non erano in potere di cognizioni sufficienti per correggere le creazioni della loro fantasia.

Devesi però sempre ricordare che nelle allucinazioni ritenute per vere, l'integrità dei rapporti col mondo esterno reale corre sempre pericolo di alterarsi.

Così pure l'allucinazione, riconosciuta anche come tale sarà sempre cosa grave nella pazzia, perchè essa si mescolerà facilmente con altre attitudini morbose. Senza dubbio sarà involto nell'allucinazione anche ciò che non lo è; così:

a) Il sognar ad occhi aperti di certi paranoici che nella loro fantasia, uguale ai comici, credonsi in una tale o tal altra posizione e fanno dialoghi senza veder persona o sentirne (Hagen).

b) La riproduzione delle immagini dei sogni nella vita reale. Questa mancanza di critica trovasi nell'indebolimento psichico e negli stati di esaurimento.

c) Il mescolarsi di una idea reale al presunto ricordo di una percezione che si suppone provata. Qui rientrano quei malati che ritengono di esser stati ingiuriati, quantunque si figurino ciò soltanto momentaneamente. Interrogando gl'infermi si vede che tali idee differiscono per la loro assurdità dal contenuto delle allucinazioni vere (Hagen).

Segni che parlano sicuramente per un processo allucinatorio sono: lo star affannosamente in ascolto verso un dato punto, il guardar fisso in una determinata direzione, il turarsi le orecchie, il coprirsi gli occhi. Certi malati, anche non richiesti, danno ragguagli sulle loro *voci*, determinano anche non di rado con un nome speciale l'interlocutore della loro allucinazione.

Neologismi, mutismo, rifiuto al cibo, sono fenomeni spessissimo basati sulle allucinazioni.

Non sarà qui fuori di luogo un breve cenno intorno all' importanza sociale e storica delle allucinazioni.

Non vi fu mai fenomeno nella vita dell'uomo, che nei diversi tempi abbia, come quello, subìto apprezzamenti così diversi; così, dietro certe ipotesi, ebbe contro di sè chiesa, filosofia e scienze naturali. La storia dell'allucinazione abbraccia una parte della cultura di tutti i popoli e tempi ed è lo specchio della predominante religiosità degli stessi.

Le allucinazioni hanno cagionato importanti avvenimenti storici (visione della croce di Costantino *il Grande*), fondato religioni (Maometto), condotto ai deplorevoli errori dei processi delle streghe e degli inspiritati. Esse hanno avuto una grande importanza nell'origine delle leggende e delle tradizioni (credenza agli spettri, alle fate, al diavolo, agli eserciti invisibili)

ed è indubitato che la sorgente prima di tali leggende è legata a questi individui, per lo più contadini, pastori e cacciatori, affetti da anomalie nel centro delle immagini e della fantasia.

Un bell'esempio di ciò lo forniscono gli abitatori dell'alta Scozia, fra cui certe persone specialmente disposte, ossia nervose, si attribuiscono la virtù di prevedere la sorte altrui e per esempio la morte.

Qui va detto anche dell'infausto fenomeno della vista della propria figura (l'autovisione di Goethe).

Infinitamente frequenti sono le allucinazioni nella storia dei chiostri, dove la disposizione nervosa, la macerazione, il timore della pena, l'intensa concentrazione su poche idee, e quindi l'aumento della fantasia, e fors'anche l'onanismo agiscono insieme per provocare quel fenomeno.

Di grandissima importanza sono le allucinazioni nelle immagini poetiche e forse il poeta, anche cosciente del significato fisiologico delle allucinazioni od istintivamente, si serve di queste nei voli della sua fantasia.

A tale riguardo è molto interessante la visione di Macbeth nel dramma di Shakespeare, quando Macbeth trova occupato il suo posto a tavola dall'ombra dell'assassinato Banquo.

Un esempio istruttivo per l'apprezzamento delle allucinazioni nell'arte poetica l'offre l'*Erlkönig* di Goethe.

2. — *L'Illusione.*

Differisce questa dalle allucinazioni perchè include un errore riguardo ad una sensazione reale ed inganna la coscienza riguardo alla sua sorgente sensitiva.

La sua comparsa è legata all'esistenza dell'apparato periferico di senso, la sua via d'origine è centripeta.

Colla complicità del processo di percezione si spiega la sua presenza: in realtà è sempre un fenomeno di tutti i giorni, della vita fisiologica.

Sede della formazione delle illusioni possono essere:

1° Lo spazio esterno, ripieno di stimoli fisici (illusioni fisiche);

2° L'apparato sensitivo periferico unitamente all'organo di percezione (illusioni fisiologiche);

3° L'organo di appercezione (illusioni psichiche).

1. Gli errori sensoriali (illusioni) la cui causa è nello spazio esterno, sono non di rado basati sopra cambiamenti del medium in cui sono gli stimoli esterni che devono impressionare i sensi. Così gli stessi oggetti in un'atmosfera sottile appaiono piccoli e lontani, in una densa, grossi e vicini, perchè la diffusione dei raggi luminosi si fa debolmente per un mezzo denso, mentre è forte nel caso contrario.

In via fisica e fisiologica, accenneremo alle illusioni che si hanno in ferrovia degli alberi e pali telegrafici che fuggono, a quella di un bastone che sembra rotto quando è messo nell'acqua, ecc.

2. Sorgente importante per le illusioni è l'eccitamento dei nervi sensitivi per uno stimolo inadeguato (1). Grazie alla sua energia specifica, il nervo sensitivo risponde ad un qualunque stimolo che si verifichi lungo il suo decorso, colla relativa sensazione.

Agli stimoli infiammatori od irritativi della coroide e della retina, alle compressioni del nervo ottico risponde l'organo con sensazioni luminose. Dietro catarro della tuba Eustacchiana si avranno rumori, suoni ecc.

L'organo di senso non può reagire altrimenti a certi inadeguati stimoli che colle qualità elementari di una sensazione; ma la sensazione subbiettiva può, giunta alla corteccia, richiamare un'idea inadeguata ad essa ed un'illusione.

Di tal illusione si accorge il sano di mente, grazie alla sua intatta riflessione, e la riferisce all'organo malato. Ma nel pazzo, in cui la coscienza e la riflessione sono turbate, e vi ha predominio di affetti morbosi, queste sensazioni subbiettive sono fantasticamente tradotte. Evidentemente molte allucinazioni nei pazzi si possono spiegare, ammettendo che da principio siano scintille, rumori d'orecchio ecc., che poi l'alterazione della

(1) KOPPE, *Gehörstörungen und Psychosen*, *Allg. Zeitshr. f. Psych.* 24, p. 17; JOLLY, *Arch. f. Psych.* IV, 3.

coscienza fa diventar fiamme, diavoli, parole. Ciò vale segnatamente per quei frequenti casi in cui l'allucinazione si sviluppa per fosfeni o rumori d'orecchio, accompagnati ad uno stato d'eccitamento dell'organo sensitivo, per quelli in cui il contenuto dell'allucinazione è stabile, per quelli in cui il fantasma o l'acusma sono localizzati soltanto ad un occhio o ad un orecchio e che alla chiusura degli occhi scompaiono o rimangono nel campo visivo. Così noi potremo interpretare le querele incoerenti di certi deliranti di persecuzione, che sono una spiegazione ostile di ronzii e rumori provenienti da uno stato abnorme d'eccitamento dell'organo percettivo, solo come illusioni e non come allucinazioni. L'importanza e frequenza di questi disturbi giustificano l'esame che si deve fare nell'organo sospetto, per vedere se qualche rimedio si può praticare, come ad es. la corrente costante all'orecchio, usata da Brenner.

3. Ma non di rado l'apparecchio periferico non lascia osservare alcunchè di anormale, e la falsa interpretazione delle impressioni sensitive avviene nel centro di appercezione. La causa di queste illusioni psichiche è riposta, parte in mancanza d'attenzione, parte in leggerezza di percezione, talvolta in entrambi questi fattori. Frequenti in questo campo sono, anche nella vita fisiologica, le illusioni affettive. Avviene qui che l'esattezza della percezione è turbata da che la vita ideale è preoccupata da un dato ordine di pensieri. L'appercezione risponde con un'idea non corrispondente alla realtà, ma alla propria disposizione, e l'immagine sensitiva vien proiettata all'esterno come percezione, senza che l'individuo s'accorga del suo errore.

Così si spiega come possa un tale, che cammina in un bosco poco sicuro, sentire nel rumor delle foglie il passo persecutore di un malandrino, come un altro che crede agli spettri, ne veda trovandosi di notte in chiesa. Così pure gli esaltati religiosi vedono la Madonna far loro dei segni e Gesù crocifisso muovere mirabilmente gli occhi. Negli affetti della collera le false percezioni sono assai comuni e la gelosia spesso è basata sopra di queste. Così dicasi di un affetto

amoroso violento che eleva il proprio triviale oggetto d'amore a sublimi ideali (Don Chisciotte e la sua avventura con Maritorne).

Altra sorgente d'illusione si è la pochezza dell'impressione avuta, sia per mancanza d'attenzione, distrazione, o per fuggevolezza delle sensazioni.

Noi parliamo di un popolo celeste attribuendogli contorni ed abitudini presso poco come le nostre. Certi momenti fisici possono indurre illusione, così la luce crepuscolare, la nebbia possono farci prendere un albero per un uomo. Queste illusioni però vengono subito corrette dall'attenzione. In questo campo vanno annoverate quelle illusioni dei maniaci, dove l'enorme acceleramento nel corso delle idee rende impossibile l'apprezzare giustamente le cose del mondo esterno.

Una sorgente feconda per le illusioni, che noi giustamente chiamiamo *delirii di giudizio,* è la insufficiente o perduta esperienza nel distinguere cose un po' analoghe fra loro (bimbo, demente). Il piccolo bimbo in tutti gli uomini che vede ravvisa il papà. Il demente, il paralitico raccolgono pezzetti di metallo perchè li prendono per oro e gemme. Non rara illusione nei pazzi viene finalmente da ciò, che la nuova percezione è pallidamente analoga ad una avuta prima, ma è ritenuta per identica. Questo fenomeno include debolezza nella memoria, nella forza riproduttiva delle idee. L'illusione diviene fissa perchè la contemporanea debolezza dell'appercezione e del controllo impediscono la correzione di quella. Lo scambio delle persone (1) non è raro nei pazzi e differisce da quello che si ha nei sani, mancando l'attenzione, per la sua stabilità: per settimane e mesi possono i pazzi scambiar fra loro persone già note. Si hanno qui evidentemente delle analogie al tutto superficiali fra l'impressione del presente e i ricordi pallidi del passato, che producono lo scambio.

Il significato psicologico dell'illusione è uguale a quello dell'allucinazione.

(1) Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 17. p. 553.

Se l'errore dei sensi non viene corretto, si verificano tutti gli esiti di una falsa percezione. I mezzi di controllo e di correzione sono gli stessi come per le allucinazioni. In seguito al disturbo della riflessione e dell'attività sensoriale, sono all'ordine del giorno nei pazzi gli errori della coscienza per illusioni.

I delirii sensoriali nella pazzia.

Dopo queste considerazioni preliminari patogenetiche, rimane a parlare dei deliri sensoriali (allucinazioni ed illusioni) nel loro aspetto clinico. Questo importante elemento della pazzia dev'essere studiato in due direzioni:

1. Secondo la sua frequenza e singolarità nei diversi territorii sensitivi;
2. Secondo la sua frequenza e singolarità nelle diverse forme o stati della pazzia.

1. Sulla questione della frequenza trovansi alcune difficoltà, in quanto che i delirii sensoriali si verificano assai più spesso di quello che non si sia osservato. Molti malati sanno dissimularli, appunto perchè ciò ha che fare col loro delirio. Da ciò anche la difficoltà di distinguere i delirii sensoriali dalla semplice fantasticheria, dai delirii del giudizio, dalle idee deliranti ecc.

Più importante è la questione sulla frequenza nei diversi territorii sensoriali. Mentre nei savi quasi sempre le loro illusioni od allucinazioni correggibili si riferiscono all'organo della vista, rarissimamente a quello dell'udito, nei pazzi i delirii sensoriali possono trovarsi anche in tutti i sensi.

Riguardo alla frequenza del loro apparire, le allucinazioni visive ed acustiche si presentano presso a poco con ugual proporzione, però le prime si osservano più negli stati acuti, le seconde più negli stati cronici della pazzia. Rare, non in modo uniforme, sono le allucinazioni olfattive e gustative. Nel campo del senso tattile e della sensibilità generale le allucinazioni non si distinguono bene dalle illusioni. I delirii sensoriali in

queste due ultime regioni sono più frequenti che nell'olfatto e nel gusto. Rarissime le illusioni in tutti i sensi ad un tempo.

I delirii sensoriali, sia che rappresentino la manifestazione di pensieri coscienti, sia che costituiscano il segnale di proiezione di una vita mentale incosciente, sono in generale congruenti ai sentimenti ed ai pensieri esistenti.

Il melanconico tutto travolge nei suoi affetti angosciosi. Una madre melanconica, preoccupata dell' esistenza dei suoi figli, ne ode le grida di aiuto, i lamenti dell'agonia; il maniaco travolge tutto nei suoi pensieri fantastici. Il perseguitato vede e sente le minacce dei suoi nemici nei gesti e nelle parole dei vicini, che con macchine favolose attentano alla sua vita e alla sua salute. Il delirante religioso si vede aperto il cielo e circondato da persone celesti, ode il canto degli angeli, la voce di Dio ecc.

È degno di nota il diverso modo con cui gli allucinati di udito obbiettivizzano le loro voci.

In rari casi, massime laddove l'allucinazione è soltanto l'estrinsecazione plastica di idee note e congruenti, il malato stesso avverte ciò come un lavorìo del suo cervello: alcuni di questi malati caratterizzano le voci sentite come linguaggio del loro pensiero.

Ma per lo più le allucinazioni acustiche hanno per la coscienza del malato la dignità di vere percezioni. Talvolta le voci risuonano in grandissima vicinanza, persin dentro all'orecchio, il che rende verosimile che il luogo d'origine di queste pseudo-allucinazioni sia l'organo di percezione. In questi casi trovasi per lo meno un'iperestesia acustica accanto alle sensazioni subbiettive, come espressione di uno stato d'eccitamento dell'apparecchio sensoriale.

In casi più rari, i malati localizzano le loro voci in organi lontani dal cervello, al petto, al ventre, dove anche per lo più sensazioni abnormi richiamano l'attenzione e la localizzazione. In tali casi i malati distinguono anche le loro voci abituali dalle percezioni uditive normali e le chiamano con nome speciale, come parole del telegrafo od altro.

Le allucinazioni visive sono più vivaci e frequenti di notte e all'oscuro, talchè è regola non lasciare giammai un buio perfetto nella camera di questi malati. Spesso dapprima sono ombre e sfumature e poi crescono nell' acme della malattia, fino ad acquistare completa plastieità e poi a poco a poeo declinano nella guarigione. Esse possono essere così persistenti e tenaci da far credere al malato di vivere una vita completa di sogno.

I tratti del viso rigidi come masehera, lo sguardo ansiosamente fisso in una direzione sono qui earatteristiei; trovansi con speciale frequenza negli stati acuti di esaurimento (anemia centrale) e nelle forme di pazzia alcoolica.

Le allucinazioni olfattive e gustative non si osservano tanto facilmente, massime isolate. È appena possibile distinguere nettamente le prime dalle sensazioni olfattive speciali che tengono ad iperestesia dell'olfattorio. Così pure è frequente che le illusioni gustative si confondano con quelle sensazioni che sono conseguenza di un catarro della bocca o dello stomaco. Quasi senza eccezione le illusioni olfattive e gustative hanno un carattere sgradevole. Il malato sente esalazioni di eadaveri, di zolfo, il cibo suo sa di rame, arsenico, sterco umano ecc.

Frequenti molto sono le allucinazioni olfattive nella pazzia a base masturbatoria, come pure negli stati morbosi degli organi sessuali della donna, segnatamente nella menopausa. Nel terreno della sensibilità cutanea le allueinazioni ed illusioni sono difficilmente distinguibili le une dalle altre.

Per lo più trattasi di appereezioni illusorie, di parestesie o iperestesie di origine spinale o reumatica, di eezemi, paralisi vasomotorie ecc., che sono base organica di eerte idee di persecuzione per magnetismo, amministrazione di veleno eee. Così pure talvolta è la eompleta anestesia ehe dà luogo al delirio di credersi morto o di aver le gambe di vetro, di esser privo del cranio o di altra parte del corpo.

Nei malati con emianestesia si osserva spesso il delirio di aver in letto un'altra persona, un eadavere vieino al proprio corpo. Così un malato di Maudsley (paralitieo eon emianestesia

e convulsioni dal lato anestesico) credeva che un'altra persona giacesse vicino a lui e lo percuotesse di continuo.

Alle anomalie del senso muscolare appartiene il delirio di volare, di credersi trasportati altrove (notte di S. Walpurgo), di esser molto leggeri. Anche la superficie, la grandezza dell'intero corpo o di singole parti di esso, appaiono non di rado alterate.

Anche riguardo alla sensibilità generale le illusioni e le allucinazioni non sono prive d'importanza, massime negli ipocondriaci. Qui è difficile discernere le illusioni dalle allucinazioni. Si tratta di queste quando la morbosa energia immaginativa agisce come stimolo e fa sì che i suoi prodotti vengano accettati come sensazioni reali dall'organo centrale; di illusioni, quando delle sensazioni realmente esistenti raggiungono la coscienza, ingannandola sulla loro natura e qualità.

Questo fatto può provenire dacchè l'organo della coscienza, divenuto iperestesico, appercepisce nell'ipocondriaco quei movimenti della vita vegetativa che normalmente non sono avvertiti; e tanto più se vi è qualche cosa di patologico, reale e macroscopico. In generale si tratta qui non altro che di illusioni. La sezione e l'esame clinico accurato rivelano per lo meno, come base delle sensazioni ipocondriache, abbastanza spesso dei cambiamenti di posizione e struttura negli organi vegetativi. Si tratta specialmente di un catarro delle vie digerenti, di aderenze o spostamenti delle anse intestinali, di costipazioni, emorroidi, infiammazioni al basso ventre, di dolori colici (un certo Pietro Iurieu riteneva che le sue frequenti coliche fossero combattimenti fra sette cavalieri che erano nel suo corpo); le quali affezioni tutte sono il substratum delle sensazioni ipocondriache. (Un malato di Esquirol, che credeva d'avere in corpo un intero Concilio, alla sezione lasciò osservare una peritonite cronica). Non meno influiscono gli ingorghi, i catarri, i neoplasmi, gli spostamenti dell'utero e la spermatorrea.

Certe morbose sensazioni sessuali nell'età media possono condurre al delirio degli incubi e dei succubi; così il prurito della vulva può dar luogo all'illusione dello stupro; così negli onanisti

una morbosa sensazione nell'uretra, può far credere che certi invisibili disperdan loro il seme.

La frequenza di queste interpretazioni illusorie rende necessario, nei casi relativi, l'esame dell'organo interessato.

2. Riguardo all'apparire del delirio sensoriale nelle diverse forme della pazzia, è a farsi differenza fra gli stati acuti e cronici della pazzia.

Nelle forme acute i deliri sensoriali sono più frequenti, e le allucinazioni visive prevalgono sulle acustiche.

Negli stati melanconici i delirii dell'udito e della sensibilità sono più frequenti di quelli della vista. In massimo grado trovansi nella melanconia attiva ed attonita.

Nelle manie acute e nel delirio sensoriale le allucinazioni sono il sintoma precursore; sono rare nella mania cronica, ad eccezione della puerperale.

Considerevole è la rarità dei disturbi sensoriali nelle forme periodiche della mania e nella pazzia circolare.

È degna di nota la rarità del delirio sensoriale nelle forme periodiche della mania, come pure nella pazzia circolare.

Negli stati di paranoia primaria i delirii sensoriali sono assai frequenti: prevalgono le allucinazioni uditive, poi quelle della sensibilità, raramente si hanno le olfattive e le gustative. Le visive si verificano soltanto episodicamente, spessissimo quando il male ha base alcoolica.

Nei casi di paranoia religiosa le allucinazioni visive ed uditive sono all'ordine del giorno e vanno fino all'estasi.

Mancano le allucinazioni nella demenza apatica; possono però apparire illusioni, in base a percezioni lacunari ed a perduta capacità critica.

Anche la demenza paralitica offre di rado illusioni sensoriali: divengono frequentissime negli stati di agitazione intercorrente e massime in quelli di ordine depressivo.

CAPITOLO VIII

Disturbi delle funzioni sensitive.

Sono importanti elementi della pazzia, inquantochè possono essere substratum di idee deliranti, illusioni sensoriali, affetti, parossismi di pazzia.

L'esame della sensibilità nei pazzi è difficile, in parte per la turbata attenzione, per gli scambi di coscienza dell'esaminando, per l'alterazione continua della soglia dell'eccitabilità, in parte per alterata circolazione cutanea: così l'anemia produrrà un'ottusione, l'iperemia un raffinamento della sensibilità tattile.

Distinguonsi funzionalmente:

1. Stati di diminuita ed anche abolita eccitabilità e reazione (anestesia).

2. Stati di aumentata eccitabilità e reazione (iperestesia e neuralgia).

1. — Anestesie (1).

Queste possono esistere, in via psichica, in seguito ad abolita appercezione nell'organo psichico, oppure tener dietro a distruzioni organiche delle vie funzionali e degli apparati periferici. Per regola è dei disturbi della prima categoria che più spesso si tratta.

(1) Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 10, H. 2; Tigges *id.* 39, H. 2 e 3; Smoler, *Prager Vierteljahrsschr.* 1865, 87. Bd., p. 76.

a) *Anestesie degli organi dei sensi.* — L'anestesia psichica, per l'indugio con cui allo stimolo si accompagna il sentimento, ben a ragione può considerarsi un disturbo dell'animo. Le sensazioni concomitanti di piacere e dolore nelle isteriche, possono comportarsi in modo opposto al normale (idiosincrasie). Qui può appena farsi menzione dell'abolizione delle sensazioni sensorie a sè e per sè. In regola, essa è un disturbo dell'appercezione, per abolizione della parte psichica della funzione sensitiva corrispondente (mancante coscienza ed attenzione); così nello stupore, mania, demenza e negli stati patologici sonnambolici. Più di rado la ragione è organica, vale a dire per alterazione molecolare delle vie funzionali (certe anestesie isteriche), per degenerazione degli organi di senso (ambliopia, amaurosi come risultati di processi retinici, il cui legame colla pazzia è da ricercarsi in lesioni vasomotorie simpatiche; anosmia per degenerazione dei bulbi olfattivi, come talvolta si ha nei paralitici).

b) *Anestesie della sensibilità cutanea e muscolare.* — Le prime possono interessare la sensibilità tattile, dolorifica e termica. Per lo più la causa ne è psichica, più di rado è riposta in lesioni degenerative del midollo spinale (demenza paralitica) o in lesioni cerebrali a focolaio.

Di grande interesse nella pazzia è l'abolizione della sensibilità dolorifica: nei paralitici può venire in seguito a lesione dell'asse grigio spinale, con integrità della sensibilità tattile. In regola l'analgesia è basata psichicamente sull'ineccitabilità dell'organo psichico. Analogie con questo stato offrono i soldati in campo di battaglia, che non sentono una ferita, ed i martiri che, rapiti in estasi divina, non senton nè ferite nè martirio.

È molto importante nei pazzi l'analgesia, perchè rende possibili certe mutilazioni, abbrustolimenti, orribili attentati al suicidio.

Vi furono ad esempio dei malati che si fecero crocifiggere, che si lasciaron rompere in pezzi, trascinati da cavalli. L'insensibilità al freddo è anch'essa per lo più psichica, trovasi nei maniaci

e dementi, che per ciò vanno anche nudi. Più spesso, massime negli stati di anemia, trovasi un aumentato bisogno di calore.

L' alterazione del senso muscolare produce delle sensazioni di leggerezza, di abnorme circonferenza del corpo intero o di qualche sua parte.

Se la sensibilità cutanea e muscolare sono abolite entrambe in una regione, il malato crederà di esserne privo; se l'anestesia è generale può spegnersi la coscienza della personalità, il malato può credersi morto. L'anestesia parziale non di rado produce il delirio di creder le proprie gambe di vetro, di legno ecc.

c) *Anestesie della sensibilità generale.* — Sono poco investigate e riferibili per lo più ai momenti psichici dei disturbi della coscienza. Vi appartengono il mancante sentimento della fame e sete, delle fatiche corporee (maniaci), della malattia (anche con un tifo od una pneumonite). All'anestesia appartengono certi delirii nihilistico-ipocondriaci, che riguardano la scomparsa o mancanza di organi interni (demenza paralitica e senile), certi lamenti dei melanconici di esser vuoti, internamente cavi, di aver secco il cervello, di avervi aria ed acqua in suo posto. Queste sensazioni, ora direttamente, ora in senso allegorico, possono ripetersi da anomalie sensitive del cuoio capelluto (arresto del pensiero nelle paralgie del nervo occipitale) e fors'anche del trigemino ricorrente: altra volta si tratta di sensibilità turbata in seguito alla lesione anatomica che è causa della psicosi.

2. — Iperestesie.

Sono più frequenti e più importanti delle anestesie. Possono esser basate sopra alterazioni dell'eccitabilità dell'organo periferico di ricezione, delle vie di conduzione o dell'apparecchio centrale terminale. La loro caratteristica è la soglia abnormemente bassa agli stimoli. Un importante ufficio psichico esercita la tensione dell'animo, l'affetto aspettativo.

a) *Iperestesie degli organi più elevati di senso.* — Bisogna distinguere il colorito del sentimento dall'intensità della sensazione. Il primo si esterna con una modalità potenziale di piacere o di dolore e trovasi esagerato negli stati di esaltamento (mania, agitazione isterica).

La sensazione abnormemente intensa va ordinariamente assieme al primo di questi fenomeni e si spiega perchè l'energia dello stimolo è inadeguata all'organo sensitivo o alle sue vie (iperestesia del nervo ottico ed acustico — fotopsie, cromopsie, iperacusi — rumori subbiettivi).

Per lo più l'iperestesia si fonda sull'aumentata eccitabilità degli organi periferici di senso o delle loro vie di conduzione; più di rado sull'aumentata eccitabilità dell'organo di appercezione. Come fenomeno parziale di un aumento nell'eccitabilità cerebrale, trovasi l'iperestesia nella mania, nel delirio acuto, nell'ipocondria, nell'isterismo.

b) *Iperestesie nella sfera della sensibilità cutanea.* — Sono frequenti nei pazzi. La loro causa è più di rado psichica che organica (aumentata eccitabilità degli organi periferici terminali e loro vie).

Indescrivibile è l'iperestesia in certi melanconici, che si credono feriti appena toccati.

Certi stati iperestesici di origine spinale sono frequentemente fenomeni irradiati da disturbi agli organi sessuali della donna o dagli stimoli indotti dagli eccessi masturbatori nell'uomo.

Questi stati figurano, unitamente a sensazioni paralgiche, come fondamento di idee deliranti, e ad es. di essere perseguitati coll'elettricità, col magnetismo, di essere trapassati con spilli, di essere avvelenati ecc.

Come iperestesie vasomotorie o dei plessi cardiaci, possiamo ricordare i disturbi di alcuni ipocondriaci e melanconici e di alcune isteriche, che si sentono pulsare i vasi ed il cuore in modo molesto.

Un'iperestesia dei nervi muscolari produce quell'irrequietezza muscolare (*Anxietas tibiarum*) che coglie tanto spesso le isteriche, gl'ipocondriaci, i melanconici.

c) *Iperestesia nella sfera della sensibilità comune.* — È il disturbo elementare più comune degli ipocondriaci.

L'ipocondria può esser centrale, in quanto che le disposizioni dell'animo mettono i nervi in eccitamento e vengono abnormemente percepite ed apprezzate dalla coscienza; oppure periferica, in quanto che delle affezioni locali degli organi vegetativi mantengono una morbosa eccitabilità nei nervi e da questa la coscienza rimane ingannata.

Il primo modo di origine dello stato ipocondriaco è agevolato dalla tensione psichica e dall'attenzione dell'individuo sulle sue funzioni corporee; il secondo si fonda sopra catarri gastroenterici, disturbi di circolo nella porta, malattie sessuali, onanismo ecc.; stati che inducono più un sentimento locale di malattia che un forte dolore.

In simili casi l'iperestesia è occasionalmente periferica, ma diviene bentosto centrale e psichica per irradiazione degli stimoli (iperestesia secondaria) e si ha così un circolo vizioso.

Una pallida idea basta talvolta, con un certo grado di iperestesia psichica, a dar luogo alle sensazioni e alle immagini relative, per mezzo dell'eccitamento dei nervi (casi di origine psichica dell'idrofobia; — quadro completo dell'idrofobia ipocondriaca in un malato che crede d'esser stato morsicato da un cane idrofobo).

Con ragione Romberg dice: « le sensazioni di questi malati sono realmente risentite, ma da psichiche son divenute corporee ».

Riguardo alla coscienza è presumibilmente la stessa cosa se la sensazione è obbiettiva o subbiettiva, se l'eccitamento è nelle terminazioni periferiche o nelle centrali degli apparecchi di sensazione.

d) *Stati di abnorme eccitamento nella via dei nervi sensitivi* (*neuralgie*). — Frequentemente nei pazzi si hanno le neuralgie diffuse o limitate. Specialmente frequenti ed importanti sono le intercostali, lombari, occipitali, facciali. Sono l'espressione di disturbi trofici del sistema nervoso (anemia), o stanno in stretta connessione funzionale colla psicosi e non

sono che sintomi di questa, verosimilmente per un fenomeno di proiezione eccentrica.

L'importanza funzionale della neuralgia può essere molteplice.

1. Se essa è senza significato per la vita psichica, ha tuttavia un'influenza sul carattere e sulla volontà, appunto come nei sani. Può la neuralgia decorrere accanto alla psicosi senza punti di connessione con essa.

2. Figura come il substrato organico di un'idea allegoricamente delirante, come avviene anche per le altre anomalie della sensibilità.

3. Può decorrere in connessione a disturbi psichici elementari e raggiungere, per irradiazione dello stimolo neuralgico, corrispondenti territorii della corteccia (sensoriali, ideativi, affettivi). Si avranno così, a seconda dei casi (come le sensazioni associate in una semplice neuralgia), le allucinazioni e le idee associate, che avranno il carattere delle idee fisse, od anche i disturbi affettivi. L'importanza funzionale delle neuralgie può, secondo le circostanze, esser avvalorata dalle miodinie.

Non di rado si ha uno speciale circolo vizioso: così la neuralgia non sempre provoca secondariamente i disturbi psichici elementari, ma può essere che la comparsa precedente di questi ecciti le vie nervose nevralgiche. Schüle in un suo lavoro, sfortunatamente poco noto (*Die Disphrenia neuralgica*, 1867) ha trattato assai bene questo importante argomento clinico.

Questa connessione sintomatica mostrasi specialmente in un gruppo di malati, affetti da una forma che Falret chiama: *hypocondrie morale avec conscience de son état*. I disturbi psichici crescono proporzionatamente coll'esacerbarsi del complesso sintomatico nervoso (stato nervoso, disposizione dolorosa dell'animo esagerata). Il periodo mestruale, aumentando temporaneamente l'eccitabilità degli organi centrali, conduce all'esacerbazione delle psicosi.

4. La recrudescenza della neuralgia conduce ad un vero accesso psichico. (Psicosi riflessa, distimia, disfrenia neuralgica nello stretto senso, Schüle, Griesinger). Questa non comune ec-

citabilità dell'organo centrale accusa profonde anomalie nello stesso. Tale disfrenia infatti trovasi solo nei neuropatici ereditari, nell'isterismo, nell'ipocondria, nell'epilessia. La neuralgia può figurare in tali casi come aura, come equivalente di un insulto di neurosi (per gli accessi neuralgici degli epilettici quest'opinione non ammette alcun dubbio) e l'intero processo può mettersi in analogia col delirio epilettico che tien dietro a un attacco convulsivo.

Ogni singolo accesso di disfrenia nevralgica può clinicamente tradursi come delirio allucinatorio, come affetto patologico, come accesso maniaco, come raptus melanconico; anche qui il fattore neuralgico può avere un'importanza allegorica ed esser nucleo di idee deliranti che appariranno tipiche nell'accesso prossimo. Anche qui si può avere il circolo vizioso, inquantochè l'accesso psichico ed il nevralgico si compenetrano in un'affezione associata.

CAPITOLO IX

Disturbi delle funzioni motorie (1).

Un argomento importante è quello che riguarda la partecipazione del sistema muscolare ai processi psichici. Espressione di questa non è solo la fisonomia, ma il contegno, l'intonazione e il timbro della voce ne dipendono del pari. L'innervazione psicomotoria è alterata dalle attitudini morbose psichiche e riflette queste con fenomeni esterni di malattia. In certi casi si hanno le alterazioni del tono muscolare (2), appercepite ed apprezzate dalla coscienza morbosa. È a ritenersi che ogni stato psicopatico ha una facies propria (come anche ogni affetto fisiologico nel sano), un'espressione fisionomica speciale (3), talchè all'esperto osservatore basta un esame superficiale per arrivare alla diagnosi.

Il tipo fisionomico particolareggiato, quello delle diverse attitudini delle singole parti del corpo si sottrae ad una considerazione teorica e ad un'analisi minuta. Possiamo soltanto a mo' d'esempio ricordare nell'ipocondriaco la faccia corrugata ed affannosa, nel maniaco il passaggio di tutti gli affetti nel viso, nel paranoico la fiera espressione, nel demente la goffa deambulazione e l'insulso sorriso. Negli stati d'indeboli-

(1) WUNDERLICH, *Lehrbuch d. Pathologie*, p. 1249-1260. MOREL, *Traité des maladies ment.*, p. 286-306. EULENBURG, *Lehrb. der Nervenkrankheiten*, p. 344. L'esposizione succinta dei disturbi delle funzioni motorie riceverà il suo complemento nei corrispondenti capitoli della patologia speciale.

(2) SOLBRIG, *Allg. Zeit. f. Psych.* 28, p. 369.

(3) KRAUSS, *Allg. Zeit. f. Psych.* 10. DAMEROW, *id.* 17. PIDERIT, *id.* 18. LAURENT, *Ann. méd.-psych. 1863*, marzo, maggio. DAGONET, *Traité des malad. ment.*, p. 70.

mento (demenza paralitica e sclerosi multipla), io ho osservato talvolta la *paranimia*, che si ha quando il malato dietro un' idea piacevole assume un aspetto triste e viceversa.

Sono molto importanti le anomalie funzionali dei centri motori, delle vie di conduzione e della eccitabilità riflessa, per quanto riguarda la diagnosi e la prognosi.

Esse possono essere:

1. *Preesistenti.* — Fenomeni successivi ad antecedenti malattie nervose (tremore, spasmo facciale), oppure anomalie congenite (asimmetria d'innervazione come segno di degenerazione funzionale).

2. *Venuti colla malattia psichica,* ossia:

a) Complicati, basati sopra disturbi generali (anemia), neurosi (corea, isterismo, epilessia), lesioni a focolaio e non in rapporto colla psicosi (tumore cerebrale, apoplessia).

b) Coordinati ai sintomi psichici ed allo stesso processo anatomico (demenza paralitica, delirio acuto).

Possono venire in seguito a disturbi dei centri di riflessione, automatici, psicomotori (nella via motrice), in seguito a disturbi nelle funzioni sensitive e ad alterazioni consecutive delle vie riflesse.

Tutti i possibili disturbi funzionali di cui è fatto cenno possono così riassumersi:

1. *Paralisi* in seguito ad affezioni a focolaio o diffuse nel cervello e nel midollo spinale (demenza paralitica, senile, alcoolismo cronico, delirio acuto); di speciale importanza sono qui le paralisi nel territorio del 12°, 7°, 3°; poi vengono i disturbi della deglutizione, come fenomeno bulbare nello stadio finale della demenza paralitica e del delirio acuto.

2. *Convulsioni* da anemia capillare dei centri motori (crampo vasale, edema) o da aumentata eccitabilità riflessa (disturbi della deglutizione nel delirio acuto e nelle isteriche). È una forma convulsiva non rara il macinare coi denti, *Zähneknirschen,* (porzione piccola del 5°) nella demenza paralitica, nell'idiozia idrocefalica, nel delirio acuto.

3. *Contrutture,* negli idioti in seguito a difetti di sviluppo e a malattie cerebrali, poi nelle malattie a focolaio (apoplessia e sclerosi), e talvolta in quei malati che a lungo mantengono una posizione viziata (abuso di mezzi coercitivi).

4. *Tremore* da anemia, intossicazione per alcool, affezioni organiche cerebrali (sclerosi, demenza paralitica), talvolta anche come espressione di eccitamento psichico (ansia).

5. *Disturbi di coordinazione,* (demenza paralitica, delirio acuto) per alterazione organica nel meccanismo di coordinazione, perdita della idea del movimento, abolizione del senso muscolare.

Il modo di comportarsi dell'eccitabilità elettrica nei pazzi non ha dato finora alcun sicuro risultato per la diagnosi. Ben a ragione Schültze (*Arch. f. Psych.* XI, H. 3) si lagna che non siano stati messi in opera gli odierni mezzi d'esame, che già Svetlin ha applicato nella demenza paralitica.

CAPITOLO X

Disturbi nel campo dei nervi vasomotori (1).

La loro importanza si rivela da ciò che questi nervi sono sempre in giuoco nei movimenti affettivi.

La circostanza che certi affetti, massime la paura, però dietro speciale predisposizione, possono dar luogo ad una psicosi, fa supporre che il legame fra causa ed effetto, che risiede in anomalie vasomotorie, abbia un'alta significazione patogenetica.

Ma anche la osservazione clinica parla per l'ipotesi che molte psicosi dipendano da angioneurosi del cervello.

In certi stati melanconici con polso piccolo, turgore, freddo, cute livida e persino cianosi delle estremità, si ha a che fare con stati neurospastici delle arterie e anemia successiva del cervello. In certi casi (melanconia con stupore) si stabilisce una stasi secondaria allo spasmo vasale, fino ad aver l'edema.

Al contrario, trovansi in molti maniaci (mania grave dei bevitori, agitazione furiosa dei paralitici) dei fenomeni morbosi che parlano per una paralisi vascolare e successiva iperemia flussionare.

L'importanza clinica di questi stati divien maggiore se si applicano gli esatti metodi dello sfigmografo. Il dottor Wolf ha il merito di avere studiato le fasi del polso nei pazzi. — Ecco i suoi risultati:

1. Nelle malattie del sistema nervoso centrale, il rapporto regolare fra la termogenesi e la qualità del polso va perduto.

(1) Wolf, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 23. 24. 25. 26. Schule, *Handb.* pag. 151. Reich, *Vasomotorischen Psychoneurosen*, *Virchow's Arch.* 50.

2. Invece del polso normale (tricoto celere), osservasi nei pazzi, come anche nei neuropatici, un polso tardo dicroto che è un segno di degenerazione funzionale e rimane stazionario nei pazzi cronici ed inguaribili.

Non dubbie e molto significative, per la patogenesi ed il decorso clinico, sono le anomalie d'innervazione vasomotoria nella demenza paralitica. Si ha qui una paralisi vasale progressiva, dimostrabile allo sfigmografo, che fin dai primi gradi si può rivelare in forma di polso monocroto-tardo. Queste paralisi vasali sono talvolta unilaterali, come le esperimentali di Bernard, e si trovano, nei diversi stadi della paralisi, nel dominio del simpatico cervicale e sono senza dubbio il momento causale di certi disturbi nella pressione sanguigna, che producono gli accessi apoplettiformi e la eccitazione maniaca. Qui anche l'esame col nitrito d'amile rivela una squisita paralisi vasale, mentre, a mo' d'esempio, in un melanconico con spasmo vasale, si palesa appena un po' di reazione.

Altro disturbo elementare importante nella pazzia, che può provocare l'intero complesso sintomatico di questa, è l'ansia precordiale (1), la quale è da schierarsi fra le turbe vasomotorie: è un affetto aspettativo ansioso, legato ad una sensazione penosa di peso e di oppressione nella regione cardiaca. E qui può ammettersi che le sensazioui paralgiche all'epigastrio siano l'espressione di un eccitamento primitivo dei nervi sensitivi, il cui stato d'eccitamento si propaga fino alla sede della coscienza, d'onde l'ansia. Oppure si può ammettere che lo stato d'eccitamento centrale dei nervi sensitivi, contemporaneo e coordinato all'alterazione psichica, venga riferito alla periferia secondo la legge dei fenomeni eccentrici.

Con sufficiente sicurezza si può ammettere che le vie nervose interessate appartengono al plesso cardiaco. Tuttavia la circostanza che la sensazione precordiale è vaga e non ben localizzata, parle-

(1) Flemming, *Allg. Zeit. f. Psych.* 5, pag. 341; Arndt, *id.* 30, p. 88. Nötel *id.* 31, pag. 603. Flemming, *Psychosen* p. 379. V. Krafft, *Die Melancholie* pag. 22. Danitsch, *Die Präcord.-Angst. d. Geisteskranken*, *Dissertat., Würzb. 1874.* Westphal, *Arch. f. Psych.* III, p. 138. Schule, *Handb.* p. 100.

rebbe soltanto per una neurosi nelle vie viscerali. Però la costante localizzazione al cuore della sensazione che accompagnano l'ansia, il fatto che l'ansia precordiale si accompagna sempre a sintomi di turbata innervazione cardiaca, (cardiopalmo, irregolarità nel ritmo cardiaco, anomalie del polso, dolore al cuore) parlano per la prima ipotesi. Dippiù l'ansia precordiale si provoca con certi veleni che agiscono sul cuore (nicotina) e finalmente figura come sintoma principale in un'indubitabile neurosi cardiaca, l'*angina pectoris*.

Si può ammettere con probabilità che l'ansia precordiale è l'espressione di uno spasmo delle arterie cardiache, una neurosi vasomotoria del cuore.

L'etiologia dell'*angina pectoris* accenna infatti ad un disturbo temporaneo nella circolazione del muscolo cardiaco (prodotto da ateromasia delle coronarie, da insufficienza aortica); e dippiù Landois e Nothnagel han parlato di alcuni casi di stenocardia nervosa in seguito a generale spasmo delle arterie.

Realmente le osservazioni cliniche della stenocardia e dei casi d'ansia (anemia capillare della cute, freddo delle estremità, irregolarità e piccolezza del polso) favoriscono quest'ipotesi.

L'ansia precordiale può essere prodotta sperimentalmente in in via centrale, per stimoli psichici (idee, appercezioni, affetti terrifici), come pure in via periferica dietro sensazioni neuralgiche.

Il primo di questi due modi d'originarsi dell'ansia favorisce l'opinione che il sistema nervoso del cuore sia in modo notevole dipendente da certi processi psichici (cardiopalmo nell'agitazione dell'animo) e spiega perchè certi affetti, anche fisiologici, si accompagnino ad un senso di oppressione precordiale.

Il secondo modo d'origine (periferico) si spiega per l'irradiazione di uno stimolo sensitivo al sistema nervoso del cuore.

Infatti l'ansia precordiale si osserva soltanto negli stati d'eccitamento dei nervi viscerali sensitivi e non nelle affezioni

neuralgiche delle vie spinali (1). Questo fatto e la partecipazione al processo del plesso cardiaco nelle forme di ansia, sono, secondo Romberg, sintomi differenziali fra le affezioni neuralgiche spinali e quelle dei simpatici.

Si può avere l'ansia precordiale quando, per uno stimolo psichico o per passaggio di uno stimolo nelle vie viscerali, i nervi vasomotori del miocardo entrano in uno stato di eccitamento e ne consegue lo spasmo vasale.

La funzione turbata dei gangli automatici del miocardio, che ne consegue, è trasportata dalle fibre sensitive del cuore all'organo della coscienza e vi induce il sentimento di ansia, che viene poi proiettata eccentricamente e riferita al luogo di origine. Il dolore che si ha frequentemente nell'ansia precordiale è riferibile all'eccitamento delle fibre sensitive del vago e del simpatico del plesso cardiaco, mentre il cardiopalmo è riferibile all'alterato circolo nel miocardio in seguito alle turbe nervose.

Il senso di bolo alla gola, l'incertezza e talvolta la mancanza della voce, che frequentemente accompagnano l'ansia precordiale, la turbata, superficiale, frequente respirazione ecc., sono riferibili a fenomeni irradiati lungo la via del vago (plesso glosso-faringeo, nervo laringeo superiore). Le alterazioni nella secrezione salivare ed urinaria sono riferibili a disturbi vasospastici della circolazione.

Il fatto che l'ansia precordiale solo eccezionalmente viene nei sani in seguito ad idee penose, lascia credere che, come per tutte le neurosi, vi sia anche qui un momento predisponente, l'aumentata eccitabilità. Questa circostanza si osserva specialmente quando gli stimoli psichici danno luogo ad ansia precordiale di una certa durata ed intensità (isterismo, epi-

(1) Le forti neuralgie intercostali danno luogo, per ostacolo alle escursioni toraciche e contemporanea diminuzione dell'attività cardiaca, ad enfisema polmonare o ad altri impedimenti meccanici alla espansione dei polmoni; possono anche dar luogo all'affanno di respiro, ma non mai all'ansia precordiale. Può tuttavia aversi l'ansia precordiale nella nevralgia intercostale, quando l'attenzione del malato sia portata morbosamente su questa.

lessia, melanconia, ipocondria, alcoolismo cronico). In questi casi l'ansia precordiale appare solo come aumento patologico di un movimento psichico affettivo, che è in intimo rapporto colle vie nervose.

L'importanza psichica di questi disturbi elementari è considerevole. L'accentuarsi degli affetti si fa in un modo esageratissimo; nel campo delle idee si ha un arresto sino all'abolizione dell'appercezione e dell'autocoscienza; oppure si hanno deliri terrifici ed allucinazioni.

Nel campo motorio lo stato di tensione psichica, il disturbo, se rapido e grande, della coscienza possono esternarsi con atti impulsivi, privi di scopo, istintivi ecc., vere convulsioni psichiche paragonabili agli atti incoscienti degli epilettici.

Orrende automutilazioni, suicidio, assassinio, distruzioni furibonde ecc. si verificano spesso in seguito all'ansia terrifica, al grave disturbo della coscienza ed all'analgesia del malato.

Considerevole è l'influenza critica di questi atti nel mitigare gli accessi.

L'ansia precordiale trovasi come fenomeno intercorrente nelle neurosi sopra ricordate e nelle psicosi, o come accesso isolato, della durata di minuti o di un'ora (*raptus melancholicus*).

CAPITOLO XI

Disturbi nel campo delle funzioni trofiche (1)

La fisiologia delle funzioni trofiche è ben lontana dall'aver detto l'ultima parola.

Presiedono alle funzioni trofiche certamente le cellule delle corna anteriori e posteriori del midollo spinale, come pure i nuclei grigi del bulbo.

Se il cervello contenga centri trofici è ancora una questione aperta. Le vie per le funzioni trofiche sono i cordoni nervosi di moto e di senso.

Se esistano dei veri nervi trofici è ancora indeciso.

Non può essere disconosciuto il legame fra i disturbi trofici e le malattie dell'organo nervoso centrale.

Per questo fatto parlano una serie di conformazioni congenite difettose del corpo, in individui che hanno organizzazione e sviluppo cerebrale abnormi, per lo più ereditariamente, e si distinguono per una quantità di anomalie funzionali.

Segni anatomici (2) di degenerazione sono certe anomalie di conformazione del cranio, la sproporzione fra la faccia ed il cranio, il disuguale sviluppo della metà della faccia, il difettoso impianto e l'abnorme grandezza o piccolezza delle orecchie, l'immediato passaggio del lobulo dell'orecchio nella cute delle gote in forma di una piega (mancanza del lobulo), l'organizzazione rudimentaria dell'orecchio, l'imperfetto differenziamento dei

(1) Claudio Bernard, *Lezioni sul calore animale* 1876 Eulenburg, *Lehrb. d. Nervenkrankh.*, II ediz.; Charcot, *Lezioni cliniche*, traduz. ted. di Fetzer, 1874. Binswanger, *Zur Kenntniss der troph. Vorgänge bei Geisteskranken*, *Diss.*, Göttingen, 1878.

(2) Legrand du Saulle, *Annal. méd. psych. 1876*, maggio.

denti, il ritardo della seconda dentizione, la bocca abnormemente grande o piccola, la bocca di lepre, la gola di lupo, l'ipertrofia del labbro inferiore, la persistenza dell'osso incisivo, la conformazione viziata del palato, il naso torto, lo strabismo, la retinite pigmentosa, la cecità congenita, il coloboma dell'iride, l'albinismo, la statura da nano, l'ipertrofia del connettivo sottocutaneo, i piedi e le mani torte, la sindactilia, le mani disuguali, il pene abnormemente piccolo, il fimosi senza la cute ipertrofica al davanti, l'epi-ipospodia, l'anorchidia, la micro-monorchidia, l'ermafroditismo, l'utero bicorne, l'utero mancante, la vagina mancante, le mammelle mancanti, l'abnorme villosità del corpo, la barba muliebre, il congiungersi delle sopracciglia alla glabella ecc. È specialmente considerevole il legame fra l'arresto di sviluppo del cervello ed i detti segni di degenerazione nel cretinismo.

Riguardo alle anomalie del cranio è da sapersi che questo ed il cervello crescono indipendentemente, ma tuttavia con un certo rapporto fra l'uno e l'altro.

Così un cranio microcefalo può aversi per una sinostosi precoce, ma anche per un arresto di sviluppo cerebrale.

Le precoci sinostosi conducono per lo più soltanto a deformità parziali.

È molto importante nel cretinismo la precoce sinostosi tribasilare. Questa ed altre anomalie congenite ed ereditarie sono da differenziarsi da quelle della rachitide.

Che anche le malattie acquisite del cervello producano disturbi trofici secondari, lo ha provato di recente Charcot. Si guardi al decubito acuto pernicioso, che viene in seguito a certe malattie a focolaio, alle paralisi vasomotorie, alle sinoviti del lato emiplegico e si avrà una conferma di questo fatto.

Nel campo trofico abbiamo ancora nei pazzi da tener conto della diminuzione del peso, indipendente dal metodo di vita e nutrizione, del sorprendente aumento del peso nel passaggio da uno stato primario ad uno secondario di pazzia; abbiamo i disturbi nella circolazione con degenerazione grassa del cuore,

— la così detta *anemia perniciosa* (1). — Anche l'abnorme fragilità delle ossa (2), per aumento di fosforo e di carbonato di calce, deve essere ricordata. Le ossa, massime le coste, possono, perdendo i loro sali, dar luogo ad una forma osteomalacica: questa, secondo Rindfleisch (*Handb. der pathol. Gewebelehre, p. 529)*, è dovuta ad un riassorbimento dei sali in seguito ad iperemia dei vasi della midolla delle ossa, e quindi ad un fenomeno vasomotorio.

Degni di nota nei melanconici e dementi sono finalmente certi disturbi nutritivi dell'epidermide (zoster, desquamazione dell'epidermide e delle unghie), che si possono trovare anche nelle isteriche. Hanno analogia colla *lepra mutilans*, la cui causa Virchow ha riposto in una perineurite.

Di recente furono illustrati dei casi interessanti di produzione pigmentaria abnorme nei pazzi (Nigrities — *Annal. méd. psych.*, maggio 1877).

Degno di nota poi, e riferibile ad anomalie vasomotorie, è la facilità con cui guariscono le ferite nei primi stadi della demenza paralitica, mentre negli stadi finali (degenerazione delle corna posteriori del midollo spinale?) le ferite non guariscono più, e facilmente si stabilisce il decubito.

(1) Schüle, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 32.

(2) Gudden, *Arch. f. Psych.* II, 683. Laudahn *id.* III, 371. Meyer, *Virchow's Archiv*, 72, 3. More, *The Lancet* 1870, 13 settembre. Williams, *id.* 10 sett. Davey, *id.* p. 201. Lindsay, *Edinb. med. Journ. 1870*, nov. *Rogers' Journ. of mental science 1874*, aprile. Ormerod, *id. 1871*, genn. Laehr, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37, p. 72.

CAPITOLO XII

Disturbi delle funzioni secretorie.

Sono frequenti nei pazzi, ma non abbastanza studiati. Per molti di essi si può pensare ad alterazioni circolatorie dietro anomalie vasomotorie, per alcuni ad un'abnorme funzione di certi centri del sistema nervoso, che regolano i processi secretori.

Per lo più trovansi negli stati acuti della pazzia, mentre in quelli cronici possono mancare. Negli stati melanconici della pazzia le secrezioni sono in generale diminuite, nei maniaci aumentate.

Secrezione lacrimale (1). Un fatto già noto anche a vecchi osservatori è il frequente mancar delle lacrime nei melanconici. — I miei occhi sono aridi come il mio cuore. — Solo nella convalescenza comincia la secrezione lacrimale a ristabilirsi.

Secrezione urinaria. — Qualitativa e quantitativa. — Non sono rari i disturbi della secrezione orinaria nelle malattie cerebrali. Essi possono essere (Mendel) l'espressione di anomalie di ricambio nel cervello od in altri organi (per malattia cerebrale); possono aversi in seguito ad influenze del cervello malato sui nervi vasomotori dei reni (lesione dei peduncoli cerebrali — apoplessie renali — albuminuria).

È molto importante l'esame quantitativo per conoscere il ricambio materiale nel pazzo, ma però è molto difficile raccogliere tutte le urine emesse nella giornata.

Rabow, (*Arch. f. Psych.* VII, 1), d'accordo parzialmente con Lombroso, trovò la diuresi diminuita nei melanconici (può ri-

(1) MOREL, *Traité des malad. ment.* p. 443.

dursi a poco più di 100 cm. c.). Intorno alla quantità di urina negli stati di esaltamento, manca ogni dato sicuro.

Il peso specifico dell'urina nei melanconici è diminuito secondo Lombroso, aumentato secondo Rabow. Nella mania, esso è normale, nella demenza aumentato.

Riguardo all'analisi qualitativa, Rabow trovò una diminuzione considerevole dei cloruri e dell'urea nell'urina dei melanconici. I paralitici nello stadio iniziale secernono più urina dei sani, con maggior quantità di cloruri e di urea, corrispondente alla maggior quantità delle sostanze ingerite. Al subentrare della demenza le urine diminuiscono e così pure diminuisce la quantità assoluta dell'urea e dei cloruri, mentre il peso specifico si eleva e di rado manca un certo intorbidamento dovuto ai sali acidi dell'urina.

Nei gradi estremi della demenza consecutiva, Rabow trovò che i cloruri e l'urea non corrispondevano, per quantità, all'abbondante nutrizione ed ammise un ritardo nel ricambio dei materiali.

Riguardo all'acido fosforico, Mendel ha intrapreso delle ricerche. In regola nei pazzi cronici la quantità di esso è minore di quella dei sani sottoposti alla medesima dieta.

In quegli stadi della paralisi in cui, non ostante il buon appetito e l'apiressia, è notevole una rapida diminuzione nel peso del corpo, trovasi un peso specifico dell'urina non comune (1030), e l'acido fosforico e solforico abbondano sugli altri materiali.

Nell'agitazione maniaca vi ha una diminuzione assoluta e relativa dell'acido fosforico (fino all'1 0|0 ed anche al disotto). Dopo accessi apoplettici, epilettici ed epilettiformi, l'acido fosforico aumenta.

Il fatto osservato da Huppert, che dopo l'accesso epilettico si trovi albumina nell'urina, ha trovato conferma per opera di Rabow ed altri.

Anche nei paralitici Rabenau trovò molte volte l'albumina e confermò il reperto di Huppert che, insieme all'albumina,

possano aversi cilindri jalini e corpuscoli rossi dopo insulti cerebrali (apoplettiformi ed epilettiformi).

Altrettanto trovò Huppert nella mania acutissima, negli insulti epilettici da lue cerebrale, come pure nella demenza senile con attacchi paralitici, nelle apoplessie semplici e recenti.

Westphal finalmente ha trovato albuminuria nel *delirium tremens*, e Fürstner (*Arch. f. Psych.* VI, 3), come fenomeno transitorio, l'ha trovata anche nell'alcoolismo cronico, insieme all'esistenza di cilindri fibrinosi e di globuli rossi, senza che all'autopsia si potesse trovare nefrite.

L'opinione di Fürstner che quest'albuminuria transitoria dipenda da un'affezione del centro dell'albumina, in base a un disturbo circolatorio di questo (Bernard), deve ancora essere confermata.

Anomalie della secrezione salivare (1). — Negli stati melanconici la secrezione salivare è spesso diminuita e nei maniaci spesso aumentata. Lo ptialismo non è a confondersi col semplice fluire di una quantità non abnorme di saliva, sia per paralisi della faringe, o perchè la bocca è sempre tenuta aperta, come accade spesso nei dementi e negli stati stuporosi. La secrezione salivare trovasi, come è noto, sotto l'influenza del quinto (nervo auricolo-temporale per la parotide, nervo linguale per le glandule sotto-linguali e sotto-mascellari), del facciale (nervi parotidei e corda del timpano) e del simpatico (plesso mascellare esterno, ganglio cervicale).

Il nervo propriamente secretore della saliva è la corda del timpano. Dietro recisione o paralisi per atropina di questo nervo, si arresta la secrezione salivare, quantunque l'afflusso sanguigno alle glandule rimanga. L'influenza del simpatico è vasomotoria, il nervo linguale agisce in via riflessa sul facciale per mezzo del ganglio mascellare.

(1) Obernier, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 21, pag. 278. Berthier, *Gaz. des hôpit. 1864*, N. 99. Stark, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 27, pag. 295. Tamburini, *Rivista sperimentale di freniatria 1875*, nov. (Irrenfreund 1877, 5).

Da Eckhardt in poi è dimostrato che l'irritazione del 5° e del 7° produce una saliva acquosa, povera di sostanze organiche, mentre quella del simpatico ne produce una densa e filamentosa.

Queste esperienze trovano conferma anche al letto dell'infermo, dove si osserva che uno stato irritativo del 5° produce talvolta un abbondante afflusso di saliva limpida, mentre l'irritazione del simpatico per gravidanza, malattia sessuale, intestinale ecc. produce una saliva densa.

Stark ha descritto dei casi di pazzia in cui, mentre l'esacerbarsi di una neuralgia del 5° dava luogo alla produzione di una saliva limpida ed acquosa, questa si faceva più densa quando si aveva uno stato di stimolo nelle vie sessuali; talchè, secondo le circostanze, l'afflusso della saliva rivelerebbe lo stato idiopatico o simpatico del quadro morboso.

Le ricerche di Owsjannikow, Lepin, Bacchi e Bochefontaine dimostrano che l'irritazione della corteccia di certe parti del cervello produce un aumento di questa secrezione e spiegano perchè in certe affezioni della parte anteriore del cervello (psicosi), vi sia aumento di secrezione salivare.

Succo gastrico, bile. — Per spiegare l'inappetenza e la dispepsia, tanto comuni nei melanconici ed ipocondriaci, si può invocare anche una produzione diminuita, o chimicamente alterata, dei secreti digestivi.

La costipazione durevole che si ha in certi pazzi, deriva, oltrechè dal turbamento diretto della peristalsi, da un ritardo nei processi digestivi e da una deficienza di bile. Per tal modo è favorita la produzione dei catarri cronici dell' intestino e dello stomaco.

Mestruazione (2). — Sono frequenti nella pazzia i disturbi di questa funzione. Possono essere l'espressione di un'alterazione nutritizia costituzionale (anemia) o locale (malattie sessuali), o di disturbi vasomotori che possono essere in rapporto

(1) Vedi più oltre « Le cause della pazzia (Anomalie della mestruazione) ». Morel *op. cit.* p. 452.

col momento causale della psicosi o col substratum materiale di questa (lesione cerebrale).

Se non esistono malattie locali o generali, le mestruazioni sono per lo più regolari negli stadi secondari della pazzia; i disturbi di questa funzione si hanno sopratutto negli stati primari della pazzia. Consistono per regola in certi stati di amenorrea, temporanea o duratura; in quest'ultimo caso il riapparire delle mestruazioni arreca la sanità corporea e talvolta annuncia la convalescenza psichica. Ma però nei rari casi in cui una rapida soppressione dei mestrui coincide collo sviluppo di una psicosi, il riapparire dei mestrui non ha sempre un'importanza critica, poichè i due fatti possono essere coeffetti di una stessa causa e può l'amenorrea non esser causa della psicosi.

CAPITOLO XIII

—

Disturbi nella sfera delle funzioni vitali.

(Appendice)

Termogenesi (1). — Le psicosi sono malattie che decorrono generalmente con apiressia. Però non di rado trovansi delle aberrazioni a questa regola e si possono avere nei pazzi delle temperature elevate o diminuite oltre la norma.

Le recenti ricerche di Eulenburg e Landois (*Virchow's Arch.* 1868, Burckardt, *Arch. f. Psych.* VIII, p. 333) ammettono l'influenza delle distruzioni superficiali di certe regioni cerebrali (circonvoluzione centrale anteriore e terminazione frontale del *gyrus fornicatus*) sulla produzione del calorico anormale. Di qui si può indurre la possibilità delle anomalie termogeniche in seguito ad affezioni corticali, quali sono le psicosi. Si può in genere affermare che le distruzioni superficiali o certi forti stimoli faradici nei luoghi accennati, producono un aumento di calore nella metà opposta del corpo (Eulenburg, Hitzig), e che invece gli stimoli faradici deboli producono una diminuzione di temperatura.

Ripping (*Allg. Zeit. f. Psych.* 34, H. 6) osservò un aumento di temperatura nella metà opposta del corpo, in seguito ad un fungo

(1) Wachsmuth, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 14, p. 532. Albers, *id.* 18. Ziegler 21, p. 184. V. Krafft, Güntz, Löwenhardt. *id.* 25, p. 685. Wolff, 24, p. 409. Ullrich, 26, p. 761. Clouston, *Journ. of mental science 1868.* Williams, *Med. Times, 1867*, p. 224.

midollare della parte posteriore del giro fornicato; trovò inoltre differenze di temperatura fra i due lati del corpo — fino a 0,9 — nella mania e melanconia semplici, nella melanconia con stupore, nella demenza paralitica, insieme ad altri sintomi neurotici (ptialismo, disuguaglianza pupillare, sudore unilaterale, paralisi facciale).

Le temperature elevate possono aversi dopo la fine di una malattia intercorrente in seguito ad eccitamento di certe regioni corticali. Si osservano nei pazzi durante gl'insulti congestivi, paralitici, epilettici, nel delirio acuto e nel *delirium tremens,* nello stato epilettico e nell'agonia. Nei malati neuropatici per costituzione, nei malati molto indeboliti, può la ritenzione di urina o di feci, inducendo uno stimolo periferico, dare luogo alla temperatura effimera di 40 gradi, senz'altro disturbo, che solo il termometro è capace di far apprezzare.

Più frequente nei pazzi è la temperatura subnormale; questa per lo più viene in seguito ad un aumentato consumo di calore — nudità, agitazione, paralisi vascolare nei paralitici. — In certi malati (melanconia con stupore e passiva), in cui non vi ha alcun consumo eccessivo di calore, si ha non di rado una temperatura subnormale (36°), la quale è riferibile ad una diminuita produzione di calorico, per il lento ricambio, l'inanizione, l'imperfetta respirazione.

Anche nei maniaci l'aumentato consumo di calore è favorito dall'eccessivo lavoro muscolare.

Vere temperature di collasso, fino a 23 gradi, hanno osservato Löwenhardt (*Allg. Zeit. f. Psych.* 25) e Zenker (*id.* 33) lungo tempo prima della morte, in quella mania che conduce all'esaurimento (1).

I malati godono tuttavia una certa euforia e un buon appetito. Altrettanto ho visto nei paralitici, in letto e ben coperti,

(1) V. Ulrich, *Allg. Zeit. f. Psych.* 26, p. 671, 3 casi (due di mania grave dei bevitori, uno di melanconia passiva).

alcuni giorni prima della morte. Si possono avere in questi delle temperature, nel retto, persino di 24°.

Polso. — Delle anomalie qualitative del polso fu discorso nei disturbi vasomotori. La frequenza di esso è molto variabile. Una frequenza enorme trovasi non di rado negli stati di agitazione, massime ansiosa, ed è riferibile all'eccitamento psichico.

È meravigliosamente piccolo l'acceleramento dell'azione cardiaca, che spesso si incontra nei maniaci, ad onta dell'enorme agitazione e mobilità loro. Si possono avere talvolta 40 battute al minuto, e ciò si spiega per l'abnorme eccitamento nella via del vago; talvolta è l'espressione di gravi stati d'inanizione.

Digestione ed assimilazione (1). — Sono turbate frequentemente negli stati acuti e primari della pazzia. I disturbi di queste funzioni sono non di rado causa della malattia, più spesso complicazioni, talvolta sono fenomeni secondari alla sitofobia.

Respirazione. — I suoi disturbi trovansi a preferenza nei melanconici. Possono tener dietro ad ansia precordiale, a neuralgie: la respirazione è allora superficiale, insufficiente; spesso in seguito a ciò può venir in campo la tubercolosi polmonare.

Zenker ha osservato dei modi speciali di respirazione, intermittente, remittente ed aritmica alla *Cheyne* e *Stokes* nei paralitici, in connessione agli insulti cerebrali.

Nutrizione generale. Peso del corpo. — Sono di grande significato nei pazzi le proporzioni fra il ricambio materiale e la nutrizione generale. Esse conducono ad ammettere che nelle psicosi vi sono disturbi profondi e progressivi nel ricambio materiale complessivo, e che molte psicosi sono nient'altro che l'espressione dei gravi disturbi nutritizi ai quali il cervello partecipa; si ha per tal modo una debolezza predisponente di quest'organo, divenuto *locus minoris resistentiæ*, la quale si traduce in prima linea col quadro dei disturbi psichici.

(1) Morel, *op. cit.* p. 441; Dagonet, *Traité*, p. 72.

Dalle ricerche speciali di Albers (1), Nasse, Lombroso, Stiff ed altri, si rileva che nei melanconici e nei maniaci si ha una diminuzione progressiva del peso nell'acme della malattia, che le remissioni coincidono con un elevamento, le esacerbazioni con un abbassamento di esso, e che, al venire della convalescenza, si stabilisce per lo più un aumento rapido nel peso del corpo. In alcuni casi il peso cresce di una mezza libbra e più ogni giorno. L'aumento assoluto, secondo Nasse, sarebbe in media il 21 6|0 nella donna, il 15 8|0 negli uomini.

Quando le psicosi primarie sono passate agli stati secondari di indebolimento, cessano le differenze di peso, e questo diviene stazionario.

L'aumento del peso in certi esiti infausti delle psicosi, non è punto costante; ma quando si verifica è più duraturo che nei casi i quali conducono a guarigione. Anche nella pazzia periodica il parossismo va di pari passo colla diminuzione del peso.

Il miglioramento coincide col rialzarsi del peso del corpo.

Riguardo alle singole forme, Lombroso trovò il peso minimo, in rapporto colla statura (64,580 gr. media normale su 159 uomini) nella demenza cronica, poi nella melanconia, nella monomania, nella paralisi, nella mania, nella pazzia epilettica, nel cretinismo.

Erlenmeyer avrebbe trovato che nei primi periodi della paralisi il peso aumenta e nel secondo diminuisce.

Ripping ha di recente illustrato dei casi di pazzia puerperale guarita, in cui si ebbe il considerevole aumento di 29 chilogr.

Sonno. — Quasi di regola i disturbi del sonno si osservano negli stati primari della pazzia. Nei melanconici e nei maniaci il sonno può mancare per delle settimane intere. Nei primi è così frequentemente turbato che non riesce di alcun ristoro ed il malato nega di aver dormito o ritiene che il suo sonno sia procurato da narcotici.

(1) Albers. *Deutsche Klinik 1854*, 32 Erlenmeyer, *Psych. Corresp-Blatt 1854*, 2. Nasse, *Allg. Zeit. f. Psych.* 16, p 541. Lombroso, *Ann. méd. psych. 1867* marzo. Schultz, *Deutsche Klinik 1855*, 9. Stiff, *Dissert.*, Marburg, 1872.

Negli stati secondari della pazzia il sonno è abitualmente normale, purchè non sia turbato da agitazioni intercorrenti e da allucinazioni.

Nei dementi, ed anche negli esaurimenti cerebrali per mania, spesso il sonno è eccessivamente lungo e profondo.

SEZIONE TERZA

LE CAUSE DELLA PAZZIA (1)

Lo studio delle cause è un compito elevato della scienza. Collo studio di esse si apre la via alla patogenesi ed alla profilassi.

Un male così grave come la pazzia, fin dai tempi più antichi attirò l'attenzione sulla sua origine. Le ricerche non riuscirono inefficaci e può dirsi che l'etiologia della pazzia è molto meglio conosciuta di quella della maggior parte delle altre malattie, quantunque anche nel nostro campo le difficoltà non siano piccole.

Queste risiedono specialmente in ciò che, per regola, è sempre un complesso di fattori causali dai quali scaturisce la pazzia come risultante. Il modo di comportarsi di questi fattori e specialmente l'estimazione della loro singola importanza è, per la grande oscurità della patogenesi, al disopra dell'esperienza; la quale, in cerca della catena delle cause, talvolta si avvicina ad un'induzione istintiva.

(1) Hagen, *Aerztl. Bericht aus Irsee*, *Allg. Zeit. f. Psych.* 10. Geerds *id.* 13. Flemming, *Psychosen* p 100. Hagen, *Statist. Untersuchungen.* Griesinger *op. cit.* p. 131 Balfour, *Edinb. med. Journ. 1870*, nov. Schule, *Handb.* p. 189. Emminghaus, *Allg. Psychopathol.* p. 301. Koch, *Zur Statistik der Geisteskrankheiten*, Stuttgart 1878.

Nell'indagine di parecchi momenti causali, che figurano fra i più importanti, non è da ricorrersi agli aiuti della statistica. Questa fornisce un buon aiuto alle ricerche etiologiche, ma solo ponendo le questioni nettamente e precisamente, e raccogliendo il materiale greggio e senza idee preconcette. La statistica non dà mai le cause di un fenomeno, ma indica soltanto in qual direzione si debbano rintracciare le cause (Hagen). Le cifre ottenute devono essere rettamente interpretate.

Così dal quadro statistico di un manicomio, apparendo la prevalenza del sesso femminile, non devesi correre alla conclusione di una maggior morbosità della donna rispetto all'uomo. La ragione capitale risiede piuttosto nella minor mortalità delle donne pazze.

Non di rado accade che dei medici profani ed inesperti facciano attenzione all'ultimo anello nella catena delle cause, ed ignorino, o non mettano chiaramente in vista i momenti precedenti o remoti.

Un fallimento, uno spavento, una passione infelice si può credere che abbiano suscitato la malattia, mentre invece un esame accurato e scientifico scoprirà eredità, malattie esaurienti ecc., sulle cui fondamenta quel fatto, come causa ultima, si è fatto imponente ed ha provocato la catastrofe.

Non di rado poi i sintomi dei disturbi mentali, non riconosciuti per tali da chi li osservò, sono messi avanti come cause. Così un paralitico, in principio di malattia, fa delle speculazioni infelici e tosto il profano suppone in queste la causa della malattia; ma l'alienista ben sa che colui non avrebbe speculato a cervello sano. Così dicasi di un maniaco in cui si manifesta il furore dopo eccessi in Bacco e Venere; di una donna (melanconia) in cui si manifesta la pazzia in occasione delle missioni.

Di ciò deve sempre essere sull'avviso l'alienista e non prender mai senz'altro le opinioni dei profani come moneta sonante.

L'anamnesi deve investigare l'individualità complessiva mentale e corporea, poichè il disturbo mentale è semplicemente il

risultato finale di tutti gli stati precedenti della vita e dello sviluppo.

La storia esatta dello sviluppo mentale e corporeo del malato, l'abituale stato di salute, le disposizioni morbose accidentali e le precedenti malattie, le attitudini occasionali del carattere, l'influenza dell'educazione, le inclinazioni, la direzione ed i destini della vita, il modo individuale di reagire alle influenze esterne, alle sventure; tutto ciò dev'essere accuratamente ricercato.

Per regola non basta l'indagare soltanto la storia della vita e dello sviluppo dell'individuo malato.

Si dovrà sempre ricercare minutamente lo stato fisico e mentale dei genitori perchè, all'infuori della tubercolosi, non si dà malattia che sia così ereditaria come la pazzia nelle diverse anomalie d'organizzazione corporea o mentale, nella condotta della vita, nei diversi stati di essa.

Disgraziatamente questo è un compito assai difficile, massime trattandosi di figli illegittimi o di gente delle classi infime; talvolta poi anche nelle famiglie elevate i genitori sono interessati a tacere o a svisare i loro difetti. Finalmente un'esatta statistica non deve dimenticare che non si può sempre fidare del detto: *pater est quem nuptiæ demonstrant!*

L'etiologia delle malattie mentali è essenzialmente la stessa delle altre malattie del cervello e nervose. Tutte queste forme appartengono alla stessa famiglia patologica.

I momenti causali possono disporsi in due grossi gruppi: PREDISPONENTI, meglio esponenti (Hagen), ed ACCESSORI, occasionali, accidentali, fortuiti. Un' esatta divisione fra questi due gruppi non è sempre possibile, inquantochè una causa predisponente (abnorme organizzazione cerebrale ereditaria) può accompagnarsi ad una occasionale, la quale conduce ad affetti, passioni, momenti difficili della vita, valevoli a provocare lo scoppio della pazzia.

In generale l'esperienza insegna che le cause predisponenti pesano molto più gravi sulla bilancia delle occasionali e che di per sè sole bastano le prime a determinare la pazzia.

Nella schiera delle cause predisponenti porremo certi *fattori generali*, che sono veramente soltanto statistici, fortuiti, frazioni di cifre che possono, sommandosi, essere incriminate come influenti; e certi *fattori puramente individuali* riferentisi a disposizioni corporee e mentali, alla storia dello sviluppo, al modo di vita, alla condotta ecc., il cui significato è molto maggiore di quello dei fattori generali.

Le cause accessorie occasionali sono state divise in *fisiche* e *morali*, divisione che ha un valore unilaterale e non è autorizzata scientificamente, quando si riconosca che ogni causa morale in ultima linea diviene importante nella via fisica, sia che la psicosi si basi su di una disposizione organica, sia sopra un disturbo di nutrizione del cervello, per l'influenza diretta dei vaso-motori proprii, o rappresentante indirettamente l'espressione locale di un disturbo nutritizio generale.

I. — CAUSE PREDISPONENTI

1. — **Predisponenti generali.**

Civilizzazione (1).

Un fatto rilevato dalle statistiche di quasi tutti i paesi e manicomi è l'incremento progressivo della pazzia nei tempi moderni.

La scienza domanda:

a) Questo deplorevole fatto è reale, o solo apparente? e, nell'uno o nell'altro caso:

b) A quali fattori è esso condizionato?

a) Riguardo alla prima questione è ben vero che mancano esatti rapporti per paragonare i tempi odierni ai passati, che le statistiche dei decennii scorsi lasciano molto a desiderare, mentre oggi sono più complete. Ma però tutto ciò non spiega il fatto che in tutti i paesi colti il numero dei pazzi si è elevato quasi del doppio. Così in Inghilterra, da 14.500 che erano i pazzi nel 1849, salirono a 30.000 nel 1866.

Si può quindi dire che esiste realmente un aumento della pazzia, quand'anche in mediocre, pur sempre in allarmante proporzione.

(1) Brierre, *Annal. méd. psychol. 1853*, p. 293 Parchappe *id.* p 314. Buknill e Tuke, *Manual of psycholog. med.* p. 30. Robertson, *Journ. of mental science 1871*, gen. Legrand du Saulle, *Gaz. des hôpit. 1871*, p. 102-102. Jewel, *Iourn. of nervous and ment. dis. 1881*, gen.

b) Si è data la colpa di questo aumento alla progrediente civilizzazione (1) e si è ritenuto che nei popoli non, o poco civilizzati del vecchio e nuovo mondo, la pazzia sia un fenomeno rarissimo, mentre fra 500 persone di una nazione colta, una per lo meno ve ne sia destinata a divenir pazza.

Nelle condizioni di vita dei popoli incolti, che non conoscono alcuna agitazione politica e religiosa, che non hanno abitudini raffinate e conducono una vita più conforme a natura, si è cercato di chiarire la loro immunità per la pazzia. Ma tutte queste elucubrazioni rimangono con poco valore poichè manca una statistica di confronto fra i popoli colti e gli incolti, e la conoscenza della vita di questi è per noi limitata alle notizie dei viaggiatori, dei naturalisti, dei missionari. Evidentemente questi apprezzamenti non sono che impressioni accidentali di profani, non corredate di cifre serie. In Oriente, stando alla testimonianza di Griesinger, molti pazzi, confusi cogli accattoni, s'introducono dovunque e sono in odore di santità.

Quand'anche volessimo riporre l'aumento della pazzia nella moderna civiltà, noi ci troviamo di fronte ad una schiera di dettagli e di problemi etiologici (singoli fattori di quella), la cui soluzione è difficile e non può esser data se non per mezzo di un'accuratissima e grandiosa statistica.

È indiscutibile che la civiltà progredita possiede in sè dei fattori che sono sfavorevoli alle malattie mentali.

E qui sono da citarsi l'ottimo nutrimento, il modo di vestire, l'abitazione, i lumi dei popoli nel campo intellettuale e religioso, la più estesa istruzione, la più grande moralità ecc., in confronto alle popolazioni non civili.

Ma accanto a questi argomenti ne esistono dei favorevoli alla pazzia: così il gigantesco ingrossamento delle popolazioni delle

(1) Confr. CONSTANS, LUNIER, DUMESNIL (*Rapport du service des aliénés de 1874*), i quali (pag. 1-4) attribuiscono alla civilizzazione e in ispecie all'influenza delle grandi città, una gran parte nel numero ognor crescente della popolazione dei manicomi: « *l'aliénation, dans sa fréquence, suit la civilisation; elle en es le parasite, elle vit et s'accroit avec elle et à ses dépens* ».

grandi città, coi danni relativi riguardo all'igiene (tubercolosi, scrofola, anemia ecc.), e alla morale; l'aumento del proletariato, del pauperismo, l'incremento della vita delle officine, il celibato, la tendenza intellettuale e morale a distruggere e deteriorare la ricchezza ed il benessere. Ma tutti questi momenti rimangono senza importanza rispetto a questo, che la civiltà progrediente apporta più complicate e raffinate condizioni di vita, e con ciò si aumenta la lotta per la esistenza. Questa lotta per un' esistenza più piacevole, ma più ricca di bisogni, deve combatterla il cervello. Questo vien raffinato nella sua organizzazione e con ciò si rende più suscettibile di invenzioni, ma tuttavia più vulnerabile e più inclino all'esaurimento, alla malattia, alla degenerazione. Quando un organo cresce in funzione, cresce anche nella suscettibilità di ammalare. Questa lotta del cervello la si vede nella concorrenza in tutti i rami dell'arte, dell'industria, della scienza, nei godimenti, nella ricchezza sfrenata ecc., che mantengono la moderna società in uno stato di tensione della forza nervosa. Al maggior consumo va parallelo l'uso di quei mezzi che servono ad eccitare l'attività cerebrale. L'aumento nell'uso del caffè, thè, tabacco, alcool, non è un fenomeno accidentale, ma è il manometro che misura la lotta maggiore che oggi il cervello deve sostenere. L'uso loro può essere conciliabile colla salute, ma non certamente l'abuso. Il più usato di questi esilaranti, e perciò il più pericoloso, è l'alcool. Gli è vero che anche i nostri padri bevevano in quantità forse maggiore di noi, ma bevevano vino, che contiene poco alcool. Oggi si usa l'alcool concentrato, che può contenere sostanze nocive, l'acquavite ecc., e quanto vi ha di più deleterio pel sistema nervoso (1).

Questo abuso è realmente un fattore che rende vano tutto ciò che la civilizzazione può fare per tener lontana la pazzia.

(1) L'enorme differenza che corre fra l'azione dell'alcool etilico e quella dell'amilico si può osservare anche nei loro nitriti. Il nitrito d'etile è un liquido leggermente etereo, i cui vapori ledono appena il sistema vasale, mentre il nitrito d'amile, anche in piccolissime dosi, produce una paralisi vasomotoria completa nel terreno della carotide.

Tutte le esperienze parlano con grande verosimiglianza per ciò, che nella moderna società la pazzia va divenendo un fenomeno sempre più frequente e che la sua origine deve riferirsi al soprastimolo del cervello per soverchia applicazione e per abuso di certi mezzi di godimento. Queste influenze nocive rendonsi palesi sopratutto sulle costituzioni neuropatiche, per le quali vale il detto « *zu viel Nerven*, *aber zu wenig Nerv* » (molti nervi, ma poco nerbo). Esse sono elementi predisponenti, non soltanto alla pazzia, ma anche a tutte le possibili neurosi. Sono in parte acquisite dal modo di vivere dell'individuo, in in parte congenite, per gli abusi degli ascendenti.

Relativamente piccola, nella nostra società moderna, è l'influenza dei brogli politici (1) e religiosi. Ugualmente è a dirsi riguardo all'importanza di certe calamità popolari (terremoto, carestia, incendi, catastrofi finanziarie). Sotto l'influenza di queste ammalano sopratutto coloro i quali, in base ad una qualsiasi predisposizione, non sono atti a sopportare i dolori propri e della famiglia, le atroci scene degli assedi e della guerra con tutte le loro appendici.

In proporzione frequente ammalano i fautori delle rivoluzioni ; ciò dimostrò anche la Comune di Parigi (2). La spiegazione sta in ciò che spesso certe teste eccentriche, per lo più ereditariamente disposte, rinchiudono delle nature problematiche portate per i grandi ideali.

Nazionalità. — Climi. — Stagioni.

Anche questi sono fattori alquanto complicati. La nazionalità specialmente compendia in sè la razza, il modo di vivere, le occupazioni, la forma di governo e di religione, il grado di civiltà e specialmente di moralità.

(1) Flemming, *Allg. Zeitschr, f. Psych. VII*, p. 35. Lunier, *Annal. méd. psychol. 1874*, genn. mag. Vitkowsky, *Arch. f. Psych. VI (Einfluss der Belagerung von Strassburg auf die geistige Gesundheit der Einwohner)*. Legrand du Saulle, *Gaz. des hôpit. 1871*, p. 102-103 (influenza dell'assedio di Parigi 1870-71).

(2) *Irrenfreund 1871*, p 170. Labord, *Les hommes et les actes d'insurrection de Paris devant la psychologie morbide*, Paris 1872.

Tuttavia le statistiche pazzesche dei diversi paesi non sono compilate esattamente e con uguali punti di vista, da poter soddisfare alle esigenze scientifiche. Nella gran totalità però, il per cento della pazzia nei diversi popoli non oscilla rilevantemente, neppure fra i popoli delle zone più calde e quelli delle zone più fredde. Ciò che vi può essere di nocivo nell'influenza del calore sui primi, è riccamente compensato dall'abuso in alcool dei paesi nordici.

In certi paesi nei quali dominano influenze nocive miasmatico-telluriche, che dispongono al cretinismo, trovansi non solamente dei pazzi, ma ancora una rilevante quantità di abitanti con difetti psichici (imbecillità) e somatici (gozzo). Anche l'influenza dell' insufficiente o inadeguata nutrizione si fa sentire colla scrofola, rachitide, tubercolosi, pellagra — maizofagi dell'Italia superiore, — anemia costituzionale ecc., che danno l'ultima spinta alle costituzioni neuropatiche e possono dar luogo alle psicopatie (epidemia istero-psicopatica di Morzine in Savoia).

Si è detto più volte che l'estate espone più alla malattia delle stagioni fredde. Realmente nell'estate vi sono più ammessi, massime fra i lavoratori dei campi; ma è a riflettersi che nei mesi dell' inverno questi individui possono, anche malati, esser tollerati dai parenti e rimanere a casa. Sono i lavori dell' estate che tolgono loro le forze e li mandano al manicomio. Nei nostri climi, l'influenza calorifica dei mesi dell'estate vale soltanto a far peggiorare individui già malati, raramente fa ammalare di per sè.

Sesso.

Antichi osservatori, quali Esquirol, Haslam ed altri credettero che nelle donne vi fosse una maggior disposizione alla pazzia di quello che negli uomini. Le circostanze che in quelle debbono decorrere periodi pericolosi come la gravidanza, il puerperio, il climaterium, che la donna per sè è psichicamente e somaticamente più debole, che finalmente la pazzia si eredita più spesso da ascendenti di sesso femminile, rendono a priori giusta questa opinione.

Ma queste cause esclusive alle donne sono ampiamente equilibrate nell'uomo dagli sforzi per la lotta dell'esistenza alla quale, in gran parte, deve dedicarsi da solo, dall'ubbriachezza, dagli eccessi sessuali più sfrenati nell'uomo che nella donna. Deve la donna da sola combattere la lotta per la vita (certe vedove)? Ebbene, in tal caso essa soccomberà più facilmente e più presto dell'uomo.

Una sorgente da non trascurarsi riguardo alla pazzia nella donna sta nella sua posizione sociale. La donna dedita ai piaceri sessuali da natura, come l'uomo — almeno nel senso ideale, — non conosce alcun onesto soddisfacimento di quelli all'infuori del matrimonio (Maudsley).

Il matrimonio è l'*impiego* della donna, quello che la caratterizza; la sua vita si svolge in questa direzione, fin da bambina essa fa da madre colla sua bambola. La vita moderna, colle sue crescenti pretese, chiude sempre più la via al matrimonio. Ciò vale segnatamente per gli altolocati, fra i quali i matrimoni conchiudonsi tardi e raramente.

Mentre l'uomo, più forte, più libero, può dedicarsi a Venere come e quando vuole e trova in ciò un equivalente al matrimonio, questa via è esclusa alla donna nubile di buona famiglia. Ciò la conduce, sciente o non sciente, allo scontento di sè e del mondo, ad idee morbose. La zitellona cercherà nella religione un ristoro e così dalla svenevolezza religiosa, con o senza masturbazione, potrà prendere origine un esercito di nevropatie, fra le quali si presentano non di rado l'isterismo e la pazzia.

Così si capisce come la massima frequenza della pazzia nelle donne sensibili sia fra i 25 e 35 anni, quando le rose della giovinezza e le speranze della vita declinano; mentre nell'uomo il maximum della pazzia si ha fra i 35 e 50 anni, epoca dei grandi sforzi per la lotta dell'esistenza.

Gli è naturale che, dietro la scarsezza dei matrimoni, la quistione dell'emancipazione della donna sia sempre più all'ordine del giorno.

Questa questione si potrebbe definire il *grido d'allarme del bisogno* attuale che hanno le donne, prive del sostegno dell'uomo e poco contemplate dagli statuti sociali. L'emancipazione sarebbe un equivalente delle risorse sessuali e sociali mancanti alla donna, ed è giusto e morale che debba verificarsi, comunque per ora la donna si trovi ancora spostata in società, nella nuova posizione che comincia in embrione ad assumere. Dalle statistiche manicomiali risulta una prevalenza pel sesso femminile. Una delle cause di questo fatto risiede nella minor mortalità che queste offrono per la maggior rarità di casi idiopatici, segnatamente la demenza paralitica. Ma un'altra causa sta in ciò, che la pazzia nella donna assume generalmente un aspetto turbolento ed indecente più che nell'uomo, e quindi per essa la modula informativa vien redatta più presto, affine di evitare lo scandalo. Per ultimo poi è a tenersi in conto anche la circostanza del per cento un po' maggiore della popolazione femminile.

Tuttavia in complesso la statistica insegna che la frequenza della pazzia nei due sessi è presso a poco uguale, anzi che nell'uomo, per l'ubbriachezza e le abitudini nocive di altro ordine, l'attività cerebrale più facilmente si esaurisce.

Religione.

La statistica si è assunta la grande fatica di esaminare il per cento della pazzia nelle diverse religioni e così, in via d'esempio, ha rilevato che fra gli ebrei ed in certe sètte religiose il per cento dei pazzi è più elevato che altrove. Questo fatto si connette alla religione soltanto perchè questa presenta ai suoi fautori degli impedimenti al matrimonio e punisce con leggi severe gli incrociamenti delle razze, massime quando il numero della loro popolazione è piccolo.

Ciò trova analogia in certe famiglie dell'alta aristocrazia, in cui, per riguardi di nobiltà o di denari, si fanno molti matrimoni consanguinei con detrimento alla psiche dei figli. Anche qui la causa non è etica, ma antropologica.

In complesso è a ritenersi che la vera religione, la *pura etica,* mentre nobilita l'uomo, gli fa trovar consolazione nelle disgrazie e lo tien lungi dalla pazzia.

Altra cosa è quando la religione si manifesta colla zelanteria, col misticismo, sotto cui si nascondono basse passioni.

Qui deve sempre pensarsi all'influenza di una predisposizione. Molti che perdettero la testa in una confessione o dopo una missione, erano melanconici, imbecilli. Molti che cercano salvezza e conforto nel porto della religione, sono naufraghi nella corrente della vita, i quali arrivano a quello spossati moralmente e fisicamente.

L'eccessivo affetto religioso può essere l'espressione di una anomalia originale del carattere o di una malattia: non di rado sotto l'influenza del fanatismo religioso si aumenta la sensibilità, si esagera l'eccitamento sessuale ecc., che sono momenti etiologici pieni di significato per spiegare certe forme di pazzia (1).

Stato Civile (2).

La pazzia è molto più frequente nei celibi che nei maritati. Questo fatto trovò fin da Hagen la sua spiegazione in ciò: l'età media dei celibi è più elevata e tuttavia esiste in essi una maggior frenilità, che può essere aggravata dall'esclusione al matrimonio. Nel coniugato si notano migliori condizioni igieniche e le funzioni sessuali ben regolate costituiscono in certo modo una profilassi contro la pazzia.

D'altra parte può benissimo la vita coniugale presentare dei pericoli per la salute mentale: l'incompatibilità dei caratteri, le fatiche mentali e corporee della lotta per l'esistenza, aumentate dall'idea di dover sostentare una grossa famiglia ecc., eserci-

(1) Maudsley, *op. cit.*, p. 218; *Allg. Zeit. f. Psych.* 11, H 2. 3. 4; 13, H. 3 4; 17.

(2) Hagen, *Statist. Untersuchungen:*

Uomini 61 0[0 celibi — 35,8 0[0 coniugati — 2,5 0[0 vedovi o divisi.

Donne 54,9 0[0 nubili — 33,6 0[0 coniugate — 11,1 0[0 vedove o divise.

tano indubbiamente un'influenza nociva. Nell'uomo la quiete della mente e dell'animo può essere profondamente scossa dalla difettosità del carattere, dal lusso, dalla civetteria, dalle vessazioni della moglie, che non di rado sono conseguenza di malattie uterine o d'isterismo. Nella donna può aver influenza il rozzo trattamento, l'ubbriachezza, l'infedeltà del marito.

Una pazzia speciale nella donna maritata, che non di rado si osserva fuori di manicomio e costituisce l'infelicità di molte famiglie, è stata descritta da Brosius (*Irrenfreund*): trattasi di una disposizione cronica dolorosa dell'animo, con grande irritabilità, della moglie contro il marito. Essa può giungere a delle violente esplosioni periodiche. Tale disposizione bieca dell'animo è basata sul supposto disprezzo, sulla supposta infedeltà del marito, spesso senza il menomo fondamento, quantunque non manchino donnette pettegole o spie a disposizione della donna. Il vicinato, cui queste infedeltà possono sembrare vere e le questioni ragionate, non pensa mai alla pazzia della donna e spesso la commisera, dando torto all'uomo.

Età.

Le proporzioni della morbilità per la pazzia nelle diverse età differiscono considerevolmente (1).

Esse lasciano conchiudere, come dice assai ragionevolmente Tigges (*Bericht über Marsberg*, p. 278), che la pazzia è un processo organico, il quale si collega colle condizioni intime della vita dell'individuo e l'accompagna nel suo sviluppo. Da ciò la

(1) Hagen, *Statist. Untersuchungen:* Le malattie mentali sono assai rare (1 su 72,725 abitanti, più frequenti negli uomini che nelle donne, come 25 a 7) sotto i 15 anni. Da quest'epoca il percento aumenta rapidamente in ambo i sessi (tra 16 e 20 anni 1 su 4010 abit.) ed in modo quasi uniforme fino ai 35 anni. Da 36 a 45 il percento raggiunge il maximum negli uomini, si abbassa nelle donne di circa la metà. Da 46 anni in su, il percento diminuisce uniformemente in entrambi i sessi.

vecchia sentenza che le circostanze e la natura del quadro morboso devono corrispondere esattamente ai singoli gradi di sviluppo della vita psichica.

a) *Infanzia* (1). — È un fenomeno assai raro il verificarsi dei disturbi mentali in quel periodo della vita che precede la pubertà. Questo fatto tiene all'incompleto sviluppo della psiche infantile ed alla mancanza di una quantità di stimoli (sforzi per la lotta dell'esistenza — affetti — passioni — eccessi) che martellano il cervello dell'adulto.

I momenti etiologici per le malattie della psiche infantile sono quasi esclusivamente organici, somatici. Nel maggior numero dei casi si tratta di individui ereditari, con organizzazione difettosa. La pazzia può apparire come congenita, o manifestarsi nei primi anni della vita sotto forma di idiozia o di pazzia morale; oppure essa va connessa ad una neuropatia (corea, epilessia).

Accanto a questi momenti, basati sopra una costituzione neuropatica per lo più originaria, ve ne sono di altro genere, quali la frequente e precoce onania, le gravi malattie acute, massime infettive, gli sforzi intellettuali, la cefalea, in rari casi anche i vermi.

Hanno poca importanza, nell'etiologia delle psicosi infantili, le cause psichiche, massime gli affetti, le passioni, la manchevole educazione. Le cause psichiche però si possono osservare e conducono talvolta al suicidio (2); ad ogni modo però la loro influenza si cancella assai più presto che nell'adulto. Fra le cause occasionali la più importante è lo spavento.

(1) V. le belle descrizioni di Maudsley e Schüle, *Handb.* pag. 202. GRIESINGER, *op. cit.* II ediz., pag. 146. VOISIN, *Schmidt's Jahrb.* Bd 157, 1; 152, 12. CONOLLY, *Med. Times 1862,* luglio. *Allg. Zeitschr. f. Psych. XVI.* KELP *idem XXXI. Journ. f. Kinderkrankh.* 39, p. 146. CHATELIN, *Annal. méd psych. 1870*, sett. ROMBERG, *Deutsche Klinik 1851,* 67. RÖSCH, *Prager Vierteljahrsschr. 1852,* p. 115. IDELER, *Charité-Annalen 1853,* p. 310. *Ueber epidemisches Kinderirresein, X-XIII. annata (Kinderfahrten nach dem gelobten Land).* CALMEIL, *De la folie,* t. I, p. 164; t. II, p. 273-434. SCHARPF, *Jahrb. f.Kinderheilk., N. F.,* VI.

(2) STARK, *Irrenfreund 1870.*

Da tutto ciò scaturisce che la pazzia infantile — anche quando non si verifica in forma di degenerazione intellettuale e morale, di imbecillità, di epilessifrenia — porta l'impronta prevalente di una malattia organica, idiopatica. Con che la prognosi è di per sè grave ed è aggravata sempre più dalla circostanza che la pazzia si è sviluppata in una psiche incompleta, e minaccia psicologicamente ed organicamente il suo ulteriore sviluppo.

Lo stato incompleto dell'io non permette il ricco sviluppo delle forme di pazzia, che si ha nell'adulto.

Maudsley e Schüle hanno accennato in modo ingegnoso alle forme possibili, corrispondenti ai singoli stati di sviluppo della psiche infantile.

Nei primi tempi della vita sono — come negli animali (1) — possibili soltanto gli stati di una pazzia sensomotoria, od istintivamente maniaca (casi di Maudsley, p. 275). Collo sviluppo delle sfere sensitive si hanno i disturbi allucinatori, i quali derivano dagli stati febbrili, o dagli esantemi acuti, oppure sono la manifestazione di una neurosi coreica od epilettica.

Collo sviluppo della sfera ideale è resa possibile l'idea delirante, ma non nel senso sistematizzato della paranoia dell'adulto, quand'anche gli elementi della paranoia primaria (fantasia molto sviluppata, idee deliranti transitorie, substratum ad ulteriori idee fisse) si abbiano talvolta fin nella prima infanzia; può da quelli prendere origine specialmente la varietà delle idee fisse.

Rare la malinconia e la mania, quasi mai ad origine ed a base affettiva, ma organica (Schüle). La prima si presenta come stupore melanconico con frequenti atti impulsivi, massime il suicidio; la seconda si presenta come uno stato di agitazione motoria, caratterizzato da movimenti istintivi, in seguito al profondo disturbo della coscienza, e riconosce per lo più una causa organica (iperemia cerebrale flussionaria) od un difetto cerebrale (idiozia).

(1) Qui va detto dei non rari parossismi maniaci negli elefanti e di quel caso riportato nell' *Henke 's Zeitschrift,* che risguarda una vacca divenuta maniaca dopo il parto.

b) *Epoca della pubertà* (1). — In questa aumenta rapidamente e considerevolmente il percento della pazzia. Come in tutte le fasi fisiologiche della vita, anche qui il momento ereditario costituisce la predisposizione più notevole.

Secondo le ricerche di Hagen (op. cit. p. 191) il per cento delle malattie mentali negli ereditari raggiunge il maximum nell'età compresa fra 16 e 20 anni.

Secondo le mie esperienze le femmine sono più disposte alla pazzia dei maschi, poichè l'eredità si fa sentire prevalentemente nella donna, ed il periodo dell'evoluzione è pieno di peripezie e si accompagna a disturbi di nutrizione (clorosi, anemia).

Sul fondo di una predisposizione ereditaria può il fattore accessorio della pubertà dar luogo alla pazzia in guisa molteplice.

In molti casi l'onanismo, precoce ed abnorme, fa l'ufficio di una causa occasionale valevole. Nelle donne vengono in scena quelle viziate posizioni dell'utero, quegli arresti di sviluppo dello stesso, che nella prima età non avevano importanza, ma che alla pubertà producono disturbi notevoli delle funzioni cerebrali, in via diretta o riflessa, o coll'intermediario dei disturbi generali della nutrizione (anemia e clorosi).

Nè meno importanti sono gli accrescimenti abnormente rapidi del cranio, seguiti da arresto di sviluppo dello stesso.

In altri casi ci manca l'anello per congiungere la pazzia al fattore della pubertà. Non di rado la psicosi trova guarigione col definitivo mettersi in regola delle mestruazioni.

Le psicosi in quest'epoca della vita, per la ricchezza e varietà della patogenesi, sono molteplici. Come è da indursi per la prevalenza dell'elemento ereditario, le forme degenerative sono all'ordine del giorno; la paranoia primitiva, la pazzia per idee fisse, la periodica, la circolare, la costituzionalmente melanconica, la pazzia morale.

(1) Maudsley, *Journ. of mental science 1868*, luglio (*mania pubescentium*) Skae, *id. 1874*. Sterz, *Jahrb. f. Psychiatrie 1879*, Bd. II, p. 94.

Anche il quadro della melanconia e della mania può presentarsi, ma di rado nella forma benigna di psiconeurosi ad origine affettiva (per lo più paura), ed invece come forma primaria, diretta, organica, analogamente a quanto avviene nell'infanzia.

La melanconia appare sotto il quadro grave della forma stuporosa, oppure decorre con atti impulsivi, idee fisse, allucinazioni imperative, che spingono l'individuo ad offender sè od all'incendio ed hanno condotto all'inadeguata creazione della pretesa così detta *piromania*, come forma propria del periodo della pubertà.

Il quadro della mania ritiene molto di impulsivo; si verificano, massime nell'epoca dell'aumento di sviluppo del cranio e del cervello, delle manie gravi flussionarie, senza prodroma melanconico, od anche degli stati di agitazione allucinatoria, con tutti i fenomeni dell'iperemia cerebrale, a rapido decorso e prevalente esito negli stati d'indebolimento o di demenza cronica. È sopratutto in quest'età che tutte le malattie idiopatiche, le quali inceppano lo sviluppo ulteriore, sono sommamente dannose all'organo psichico. Anche l'epilessifrenia e l'isterofrenia si sviluppano specialmente nella pubertà.

A fondo isterico si verificano certe manie croniche lievi, con nucleo erotico (passioni, smania di entrare in chiostro), od anche episodicamente certi stati in parte allucinatori, in parte catalettici, finalmente dei casi di paranoia religiosa primaria.

Una malattia speciale che viene alla fine della pubertà (18-22), che passa rapidamente in demenza e che si suppone frequente (14 su 500 malati in questo periodo), descrissero Kahlbaum ed Hecker sotto la denominazione di *ebefrenia* (1). In questa forma, dopo un'alternativa proteiforme di diversi stati (melanconia, mania, stupidità), si ha un esito rapido in una forma speciale di demenza terminale, i cui segni precursori si possono notare fin dai primi stadi della malattia. Così si ha una grande superficia-

(1) *Virchow's Archiv.* 52, p. 394. *Irrenfreund 1877*, 4. 5.

lità degli affetti (risa e scherzi sciocchi nell'acme del periodo melanconico ecc.), talchè si direbbe che i malati giuocano o civetteggiano colle loro sensazioni anomale.

Nella fase di esaltamento questi malati appaiono goffi, senza mire distinte; si osservano spesso delle tendenze al vagabondaggio, e soltanto l'apparenza della riflessione e della coscienza nelle parole ed azioni sciocche di questi malati. Si esprimono ad alta voce, ma le loro frasi non dicono nulla. Hanno predilezione pei neologismi, incapacità di formulare un ragionamento in forma precisa, un modo illogico e forzato di costruire le frasi.

Le idee deliranti sogliono essere rare e limitate agli elementi rudimentali di un delirio di persecuzione, ma per lo più sono l'espressione di una fantasia bizzarra e barocca. In via occasionale lo stato di agitazione, fino alla mania, può essere successivo all'onanismo, alla mestruazione od anche ad allucinazioni.

L'elevare l'ebefrenia a malattia distinta è una cosa che mi sembra ancora questionabile.

Ad ogni modo essa è una psicosi degenerativa (pubertà, quadro proteiforme, atti impulsivi, disturbi formali ed affettivi, carattere primordiale delle accidentali idee deliranti, con contenuto assai oscuro, senza motivo o almeno assai futile). Lo stato d'indebolimento mentale che domina l'intero quadro morboso può in parte esser spiegato dalla debolezza originaria di questi pazienti, in parte (con Hecker) da che il processo morboso li colpisce negli anni in cui si elabora la vita mentale ed impedisce l'ulteriore sviluppo di questa.

Collo Schüle (*Handb.* p. 213), che in 600 casi ne trovò 2 di vera ebefrenia, ammetto anch'io la rarità di questa forma (8 su 3000). In tutti i miei casi trovai disposizioni ereditarie, debolezza mentale originaria, segni di degenerazione; in 2 microcefalia. La prognosi non è assolutamente infausta; in un caso si ebbe la guarigione, in un altro un durevole miglioramento.

Un accenno alla pazzia ebefrenica trovasi nelle psicosi maniache della pubertà, aventi anche il carattere delle psiconeurosi ed un decorso benigno. È ragionevole credere che l'ebefrenia è un epifenomeno della pazzia della pubertà, sopratutto in base a cattive disposizioni, che dal linguaggio, dallo scritto e dal contegno del malato si rivela come una delle fasi biologiche con cui la pazzia suole apparire nei puberi. Infatti che le psicosi portino l'impronta dell'età in cui si sviluppano, appare anche nelle melanconie e manie della senilità, le quali sono altrimenti atteggiate di quelle della gioventù e dell'età adulta.

Osservazione III.

Pazzia maniaca della pubertà, con sintomi ebefrenici. Guarigione.

Irl. Z., 19 anni, appartenente a famiglia degenerata. La nonna materna era imbecille, due fratelli della madre morirono pazzi ed un terzo si suicidò. La madre aveva un carattere abnorme; un fratello è idiota. L malata in discorso si sviluppò poco e lentamente, tanto nel corpo che nella psiche e meno di sua sorella maggiore; ebbe sempre un carattere chiuso, impressionabile a quelle stesse sensazioni che sulla sorella non producevano alcun effetto. Non soffrì mai di gravi malattie. Le mestruazioni apparvero a 17 anni senza disturbi e proseguirono di poi regolarmente. Fin dai primi tempi dello sviluppo della pubertà si mostrò, a periodi, esaltata, eccitata ed appassionata. Una governante austera e gretta d'idee la tenne per lo più chiusa nella sua stanza e non cercò mai di distrarla.

Nel dicembre 1879 fu stabilito di far conoscere il mondo alla fanciulla. Si cominciò col farle fare un viaggio in Italia. Fin dal gennaio 1880, in Napoli, un'attenta osservazione lasciò osservare in lei una grande instabilità ed irritabilità ed un certo esaltamento. Cominciò a farneticare su quanto vi è di nobile e di bello. Rinvenne in Napoli bellezze meravigliose e si abbandonò ad idee di matrimonio, poichè essa doveva ora diventare indipendente, non essendo più una bimba ed essendosi finora lasciata guidar troppo dagli altri. Essa faceva da madre alla prozia e alla sorella maggiore e sputava sentenze da vecchia; era però abbastanza fanciulla, e tanto da condividere colle altre ragazze i giuochi infantili, nè sapeva dimenticare i progetti fanciulleschi e le idee di essere o di dover divenire una

gran dama. Il suo umore si alternava fra un senso esagerato di felicità, un disgusto del mondo e una lamentevole preoccupazione per la propria salute. Era molto eccitabile e l'opposizione ad un suo desiderio bastava a farla cadere in preda ad affetti violenti. Quantunque ancora infantilmente futile nelle idee e nei desideri, trovò il modo d'imporsi ai circostanti come dama e spesso, comicamente patetica, facevasi valere dicendo che non la si doveva più trattare come una bimba.

Nel giugno 1880, prima delle mestruazioni, il quadro morboso fino allora appena tracciato, raggiunse il grado di un vero esaltamento maniaco. Dormiva male, era disorientata, gran parlatrice; molti pensieri le si affastellavano in capo, si dichiarava felicissima, trovava tutto meraviglioso, cantava, saltava, gioiva ed era anche, a periodi, esaltato il sentimento religioso.

All'apparire delle mestruazioni i disturbi mentali ritornarono al loro livello primitivo. Alla metà di luglio si osservò una nuova esacerbazione premestruale, questa volta a colorito erotico. Credeva che un giovane, che essa non aveva più visto da bambina, fosse nascosto in casa e fosse tenuto chiuso dalla sua famiglia. Interrogava su ciò i parenti, era molto irritata, cercava lo sposo in tutti gli angoli del palazzo.

Dopo una remissione venuta in seguito alle mestruazioni, ricadde alla metà d'agosto, presentando un grande aumento nei fenomeni morbosi. Era molto volubile, disordinata, esaltata; davanti a un ramo secco del parco si rattristava, andava in estasi vedendo i fiori dei campi; di umore variabile, cambiava ad ogni momento aspirazioni e tendenze, era molto loquace, incoerente nel corso delle idee. Dai primi d'agosto intraprese la cura giornaliera del bromuro di sodio a 4 grammi.

Chiamato per caso a consulto nel settembre 1880, l'esame somatico non mi diè alcun reperto, all'infuori di una durevole ma leggera flussione al capo, di un ritardo nelle mestruazioni, di un disturbo nel sonno e di una cefalea periodica. Psichicamente notai i fenomeni di un leggero esaltamento maniaco a colorito ebefrenico. Un ciarlare senza fine, un perdersi nei più minuti dettagli. Precipitosa nei suoi movimenti, di umore costantemente variabile fra gli estremi opposti, ora ride, ora piange. Si crede necessaria in società e nei saloni, ma andando a spasso pei campi si sdraia talvolta con piacere sull'erba. Corre per ore intere, anche col tempo pessimo, senza che le si possa tener dietro e senza stancarsi.

La malata offre un meraviglioso miscuglio di bimba e di dama di società. Essa porta ancora le scarpe da bimba; la camera dov'essa stava cogli altri bimbi solo da poco è vuota, ma però nello stesso tempo si atteggia a dama di società, quantunque non sia ancora abbastanza cre-

sciuta per far questa parte. Si sforza di posare e di imporre, ma vien sempre meno allo scopo, cerca di ingrandirsi i fianchi imbottendosi e riesce sempre comica e grottesca. Il suo stato biologico-psichico (stato di passaggio) lo rivela la sua conversazione, la quale è inesauribile e incoerente, come nei maniaci, la sua fisonomia scomposta, il modo manierato di fare i discorsi, spesso però con espressioni le più banali e spensierate, a contenuto spesso del tutto barocco, con un insieme di detti infantili e di sentenze da persona savia e attempata.

Anche nel campo sessuale la malata si trova in una fase speciale di passaggio fra la bimba e la giovane. Assapora preventivamente i rapporti sessuali, ma in modo ancor dal tutto infantile. Il suo romantico amore collo *sposo*, al quale essa è fidanzata per *simpatia di sentimenti*, è un ideale infantile, ma nello stesso tempo rappresenta una tendenza appassionata, mirante a uno scopo.

È notevole sempre il colorito ebefrenico del quadro morboso anche nella vita intima di famiglia e nelle lettere. Impartisce alla sorella maggiore dei savi ammaestramenti, la conforta dicendole che troverà anche per lei un buon partito; spadroneggia colla zia e l'ammonisce d'invigilare sulla sorella maggiore. Scrive lunghe lettere al fratello, piene d'ammonimenti, proprio come fosse sua nonna. Scrive in modo pretensioso e sciocco, passa le lunghe sere d'inverno leggendo, dice che ora si è assunta le veci della madre presso i fratelli, tende a criticare le azioni della governante e della gente vecchia e va fuori di sè per la collera quando vede che i suoi consigli non sono ascoltati e che le si dà il titolo di *cara bimba*. « Sono stata troppo buona finora, voglio essere energica d'ora in poi, e lo sarò come fossi un uomo ». Fa sciocche minacce di bastonar la governante, ma poi ride sfrenatamente.

In settembre ed ottobre si osserva di nuovo l'esaltamento maniaco con esacerbazioni nei periodi mestruali. Gira di continuo per casa, cerca di incutere a tutti rispetto, è per lo più gaia, ma irritabile e pronta alla collera pel più futile motivo, difficile da guidare, ora assume il contegno di un ragazzo scostumato, ora di una bimba sciocca. Corre pel giardino, poi passa al piano, dove suona pezzi diversi, che non finisce; non ha costanza in nulla, eseguisce ogni cosa precipitosamente. È grafomane; le sue lettere sono piene di frasi ampollose, di sentenze goffe. Il suo fare di donna savia si riverbera su chi la contorna. Maltratta la governante perchè *la sua educazione è completa*. Il suo contegno manierato cade sempre nel grottesco e nel comico. Di quando in quando il quadro dell'eccitamento gaio è interrotto da periodi di cattivo umore e d'irritabilità, durante i quali dice talvolta di sentirsi un'altra testa, diversa da quella di prima. Il sonno è molto turbato, la flussione al capo persiste periodicamente e notevolmente.

Fin dagli ultimi di ottobre divenne più calma ed ordinata, meno infantile in complesso, quantunque tuttavia futile, facile a lagnarsi e a profferir frasi banali. In novembre scomparve l'eccitamento maniaco; la malata divenne cosciente del suo stato morboso, capace di contenersi e di dominar sè stessa. Le idee e i sentimenti normali. In dicembre anche i parenti si accorsero che era ridivenuta normale nelle idee, proporzionate allo sviluppo e all'età di una ragazza di 15 anni. I fenomeni congestivi scomparvero, le mestruazioni procedettero regolarmente.

Le informazioni ricevute in seguito lasciano conoscere che l'ulteriore sviluppo psichico si è svolto senz'anomalie di sorta.

c) *Età dello sviluppo massimo corporeo e mentale.*

Il tempo più propizio allo svolgersi della pazzia è l'età del completo sviluppo corporeo e mentale, il tempo delle agitazioni della vita, dei grandi sforzi materiali e morali. Nelle donne l'epoca prediletta dalla pazzia è fra i 25 ed i 35 anni, perchè in questo tempo le speranze dei piaceri della vita agitano l'animo; vengono le illusioni e quindi le gravi ferite alla psiche, oppure i loro voti sono appagati ed esse inciampano nella gravidanza, nell'allattamento ecc.

Nell'uomo prevale l'epoca fra i 35 e 50 anni, perchè appunto in questa le cure per la famiglia, gli sforzi mentali e corporei della lotta per l'esistenza sono al loro massimo, accanto agli accessi in Bacco e Venere, la cui influenza esauriente sul cervello è ben nota. Tutte le forme della pazzia possono manifestarsi in questa età di *turgescenza fisiologica*, in tutti i gradi di intensità; specialmente frequente è la paralisi generale.

Climaterio (1). Anche il periodo d'involuzione nella donna figura come causa, in parte predisponente, in parte occasionale, nelle psicosi.

(1) Skae, *Edinb. med. Journ.* X, febr, pag. 703. *Journ. of mental science 1874. Psychiatr. Centralbl. 1873*, p. 183. Conklin, *Americ. Journ of insanity 1871*, ott. Schlager, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 15. Kisch, *Das klimact. Alter d. Frauen, 1874*, Lochner, *Dissert.*, *Leipzig. 1870.* v. Krafft, *Allg. Zeit. f Psych.* 34.

Sopra 878 donne pazze di mia osservazione, il climaterio come causa si trovò in 60 (6,1 0[0]).

L'influenza di questa cagione può essere psichica (coscienza dolorosa della perdita dei sentimenti sociali ed etici basati sulle sensazioni sessuali, massime nella donna senza figli; doloroso riconoscimento della scomparsa degli stimoli sessuali). Può essere mista, in quanto che il processo d'involuzione si accompagna a sensazioni morbose diverse; ciò è ben noto anche al volgo, che sa per tradizione quanti siano i pericoli di quest'epoca. Il climaterio può finalmente nella pura via somatica divenire causa della malattia, e non solo pel cessare delle funzioni e per l'atrofia degli organi sessuali, bensì ancora per un processo dell'intero organismo, per un generale squilibrio.

Le lesioni specialmente influenti nell'insorgere della pazzia sono le secrezioni profuse (menorragie, leucorree) e quindi i disturbi nella nutrizione (anemia) dell'organo psichico, il rapido cessare delle mestruazioni, le neuralgie e specialmente gli stati di stimolo nervoso nel campo dei nervi genitali, e quindi (per via riflessa) degli organi nervosi centrali.

L'importanza di questi fattori è aumentata dalle disposizioni organiche, massime ereditarie, dai momenti debilitanti che precedono il climaterio (molti parti, malattie esaurienti) o che insieme ad esso decorrono (tifo ed altre gravi malattie generali, affezioni locali dell'utero, massime metriti croniche e spostamenti). Senza queste cause addiuvanti, unite al climaterio, non è possibile rendersi ragione di una malattia psichica. La pazzia del climaterio non figura come forma speciale; tuttavia non si può negare che le psicosi associate al climaterio ricordano nei sintomi la base sessuale e lo stimolo, sia in via di allegoria, sia direttamente per risveglio di idee che hanno a che fare coll'istinto sessuale.

In questo campo devono annoverarsi il frequente contenuto sessuale del delirio (20 casi nella statistica da me ricordata), l'apparire delle allucinazioni olfattive (6), il delirio di credersi influenzate fisicamente ed ostilmente, in seguito a sensazioni irradiantisi lungo il midollo spinale (10). Sopra i 60 casi già

accennati se ne ebbero 4 di melanconia, 1 di delirio acuto, 1 di pazzia circolare, 36 di paranoia con delirio primitivo di persecuzione; si ebbe 6 volte questa stessa affezione con delirio religioso profondo, 12 volte la demenza paralitica.

La creazione di un *climaterio* anche pel sesso maschile (1) e la particolarità che si presentino in quest'epoca (50-60) delle psicosi speciali, non è cosa ammissibile nè biologicamente, nè clinicamente. Ciò che si vuol vendere per climaterio maschile appartiene al campo delle psicosi senili, ed è il prodotto di una senilità precoce.

d) *Vecchiaia.* Dopo i 50 anni si abbassa il percento della pazzia rapidamente in ambo i sessi. In quest'età si rende tuttavia valevole un nuovo momento etiologico, l'atrofia senile del cervello. Questa trova la sua espressione clinica in una malattia cerebrale con disturbi speciali, che si distingue col nome di demenza senile. Accanto a questa forma degenerativa trovansi nella vecchiaia dei disturbi nella circolazione per arteriosclerosi, accompagnati a dei disturbi psichici che degenerano spesso in demenza senile. Le forme più comuni sono il *delirio senile di persecuzione* e le *manie.*

Il primo non deve essere confuso colla melanconia giacchè non esistono in esso affetti depressivi e le idee deliranti sono quasi esclusivamente di origine primordiale. I malati divengono insonni, sono agitati da cure penose o da ansia precordiale, massime alla notte, che li spingono ad impulsi in forma di *raptus*, ad atti istintivi, al suicidio ecc.

L'appercezione è ostile, vi è grande diffidenza per il vicinato, ansia infantile, timore di morire per nulla, si osservano piagnistei monotoni e stolti. Nessun affetto profondo; si osservano, dei deliri vacillanti ed incoerenti di avvelenamento, della caduta del mondo, fino al completo nihilismo, che possono acquistare il colorito ipocondriaco della negazione del proprio corpo e con-

(1) Skae, *Edinb. med. Journ. XI,* sett. p. 232 (*Schmidt 's Jarb. 128,* p. 326).

durre il malato alla sitofobia, la quale poi, per la superficialità degli affetti, si cambierà tosto in voracità.

Nel decorso di questa psicosi, per lo più sotto l'influenza di fenomeni flussionari, appaiono le esplosioni di angoscia con agitazione pericolosa, tendenze suicide ed aggressive contro il vicinato, deliri fantastici a contenuto nihilistico (guerra universale) ed allucinazioni (bara, cadaveri, patibolo). Per lo più l'esito è in demenza (senile), tuttavia (3 in 18 miei casi) si può aver la guarigione.

Le manie hanno il carattere di forme gravi ed idiopatiche ed arrivano al furore sotto fenomeni flussionari; in esse non sono rari gli insulti apoplettiformi. Dopo un decorso di settimane, fino a mesi, di un periodo di eccitamento, subentra uno stato di grande indebolimento mentale.

Oltre a queste psicosi senili, possono nella vecchiaia presentarsi delle psiconeurosi benigne (1), in quei cervelli rimasti fino allora esenti da degenerazione: non differiscono queste dalle forme dell' età adulta, se non perchè passano più facilmente in demenza.

Circostanze della vita — Occupazioni.

Costituiscono un fattore troppo complicato per fornire, nonostante gli sforzi della statistica, dei dati sufficienti all'etiologia. Quando p. es. vediamo che i marinai, i bottai, i carrettieri, divengono spesso pazzi, la causa non risiede tanto nella professione quanto negli accessi alcoolici abituali che vi si collegano.

In coloro che lavorano al fuoco sono le influenze nocive del calore che non di rado fanno impazzire.

Assai spesso ammalano le persone di servizio la nostalgia, i rapporti spiacevoli in famiglia e la triste condizione sociale, gli strapazzi, le speranze deluse, gli sforzi nella professione ecc., si adducono come cause ordinarie.

(1) Conf. Mendel, *Die Manie*, p. 142. Mania tipica in un vecchio di 80 anni, con guarigione.

Non di rado ammalano le prostitute, presso le quali il soprastimolo nervoso aumenta sempre cogli abusi sessuali, col vino, la miseria, la sifilide.

I più bassi gradini della società sono, colla maledizione della miseria, dell' insufficiente nutrizione, delle cattive abitazioni, disposti alla rachite, alla scrofola, alla tubercolosi; talchè gli individui che li occupano si danno spesso in braccio all'alcool per affrontare la loro cattiva sorte, per combattere l'eterna lotta con più coraggio. Nelle classi più elevate figurano le influenze ereditarie, la nervosità, le abitudini effeminate, le dissipazioni di ogni maniera, i piaceri, l'ambizione ecc. come equivalenti.

Coloro che lavorano colla testa son più disposti di quelli che lavorano colle braccia (1); tuttavia il lavoro mentale in un adulto ben difficilmente provoca da sè solo la pazzia. Sempre si ha a che fare con costituzioni neuropatiche, dispiaceri domestici, malattie; oppure si tratta di uomini che sembrano i figli del piacere, del caso o della provvidenza, mai adulti mentalmente, che cercano di rinfrancare il loro cervello coll'uso di stimolanti e si abbandonano in braccio ai piaceri, per compensarsi dei lavori mentali e delle veglie notturne.

Per i cervelli che non hanno ancora raggiunto il loro completo sviluppo non deve essere trascurata l'influenza del lavoro mentale. Non è a negarsi che, per es. al ginnasio, il cervello degli scolari è riempito di molte cose eterogenee ed il corpo del pari non gode. I ginnasi sono scuole che van bene soltanto pei futuri filologi ed una riforma loro sarebbe opportuna. Secondo Hasse *(Die Ueberbürdung unserer Iugend, Braunschweig 1881)* si trovano sempre le cause predisponenti (eredità, costituzione neuropatica, la cortezza d'ingegno) accanto alle addiuvanti (onanismo, austero trattamento in casa ed in scuola, ambizione morbosa dei respinti all'esame ecc.). I casi di Hasse offrono sopratutto tipi di esaurimento con fenomeni irritativi.

(1) Cfr. Voisin, *Traité de la paralysie générale*, p. 483.

Cfr. Haunhorst, sull'influenza della soverchia applicazione ecc., Greifswald, 1881; Lippmann, *Ueberbürdungspsychosen, Breslauer ärtzl. Zeitschr.* 1881, 2.

Si è osservata di frequente la pazzia negli artisti, poeti, comici di grido (1).

La finissima organizzazione in base alla quale certi individui, per lo più neuropatici, compiono cose non comuni, comporta altresì una minor capacità di resistenza cerebrale di fronte agli stimoli. Molto spesso è da tener calcolo del continuo eccitamento nervoso, della sregolatezza nel modo di vivere.

Nei militari (2) le psicosi sono più frequenti che nei civili: la nostalgia, il cattivo nutrimento, l'onanismo, la disciplina, il brutale trattamento per parte di certi capi sono etiologicamente importanti. Negli ufficiali devono esser tenuti a conto, per chiarire la grande morbilità, i seguenti elementi: eccessi di ogni sorta con difficoltà di ristorarsi dopo di essi (in causa del servizio), le malattie trascurate, lo stato celibe, la degradazione, la stretta disciplina ecc.

È significante altresì la cifra delle psicosi nei militari, in causa delle molte influenze nocive della guerra (3). Le grandi campagne delle ultime decine d'anni fornirono un'ampia occasione allo studio di certe psicosi da guerra. Qui, accanto alle psicosi della vita comune, dobbiamo mettere certe gravi forme idiopatiche (massime la paralisi) con prognosi grave. La loro causa risiede evidentemente nelle influenze esaurienti della vita guerresca. In prima linea vengono gli strapazzi corporei per defi-

(1) Cf. Hagen, *Ueber die Verwandschaft des Genies mit dem Irresein, Allg. Zeitschr. f. Psych.* 33, H. 5 e 6, Despine, *Psychologie naturelle*, I, p. 456.

(2) Dufour, *Ann. méd. psych. 1872*, trovò il suicidio più frequente nei militari che nei civili. Maximum di frequenza da 20 a 30 anni. Molto spesso ammalano gli ufficiali (20,1 0[0], mentre la proporzione numerica dei soldati è di 3-4 su 100) e quasi esclusivamente di paralisi; Fröhlich, *Allg. Zeit f. Psych.* 30, H. 2 e 3.

Io in 7 anni e mezzo ho ricevuto nel manicomio 30 ufficiali e impiegati militari, dei quali 27 erano paralitici.

(3) Nasse, *Allg. Zeit. f. Psych.* 27. 30. Ideler, *id.* 28. Schröter, *id.* 28, p. 343. Arndt, *id.* 30, p. 64. Löchner, *id.* 37. Fröhlich, *op. cit.*, p. 308. Jolly, *Arch. f. Psych.* 3, p. 412.

cienza di sonno, l'alternativa fra il freddo e il caldo, le marce forzate, i disastri, l'insufficiente nutrizione, pei quali poi è cercato ristoro negli eccessi alcoolici. In seconda linea si ha l'aumentata tensione psichica nell'esecuzione del proprio dovere di fronte al nemico, l'impressione dei combattimenti. In questi momenti il pensiero vola ai parenti e al modo di loro sussistenza; subentra la nostalgia, accresciuta dalla perdita di parenti o di camerati. Tutti questi momenti psichici sono aumentati dal panico dell'inseguimento, dal disastro della patria, dalla perdita di una causa, dalla prigionia. Sono finalmente importanti le influenze dannose delle malattie esaurienti (tifo, dissenteria) e delle ferite.

L'influenza esauriente della vita guerresca fu ben messa in chiaro dalla fina osservazione di Arndt: durante la guerra, in molti combattenti si osserva un certo stato di irritabilità nervosa, di eccitamento psichico, che talvolta conduce alla diserzione ed all'insubordinazione e non dà luogo alla calma se non dopo mesi ed anche anni. Arndt ha osservato fra i fenomeni di esaurimento: la facile stanchezza, l'indisposizione, la tensione soverchia, l'incapacità di occuparsi in modo normale, d'onde lo scontento di sè e del mondo, la sonnolenza ed insonnia, la grande irritabilità, i timori assurdi, lo stato ansioso, i pensieri ipocondriaci fino al *tædium vitæ.*

Da questo stato neurastenico alla pazzia è solo un passo. Una piccola, accessoria influenza nociva può dar luogo allo sviluppo della pazzia.

Prigionia (1).

Un fatto dimostrato dalla statistica è la grande frequenza della pazzia fra i carcerati (2). Le cause di ciò stanno non solo nella prigionia, bensì spesso nel modo antecedente di vivere ed in certe disposizioni dei delinquenti. Molti delinquenti erano pazzi prima della prigionia e non furono riconosciuti per tali (3). Molti sono tocchi ereditariamente (4), oppure così disposti dalla miseria, dal sucidume, dall'abbietto vivere, che il solo imprigionamento basta, come causa accessoria, a determinare in essi la pazzia.

Altri momenti non ereditari, che hanno valore oltre la prigionia sono: la povertà, la miseria, la lotta dell'animo per le cose commesse, l'ansia per la riuscita, la paura provata prima d'essere scoperti e presi, le torture degli esami e dei giudici. Vengono poi i momenti sfavorevoli alla salute della casa di pena: mancanza d'aria fresca, di moto, di buoni cibi, l'onanismo ecc., in unione al cordoglio, ai rimorsi, al desiderio della patria e dei parenti, alla disciplina e all'uniforme trattamento del luogo.

Nel primo e secondo anno di prigionia i criminali d'occasione cadono malati più spesso, secondo la proporzione del 13 per cento in più di quanto si ha nei delinquenti abituali. La causa risiede nei pentimenti e nei rimorsi dei primi, mentre

(1) Moriz, *Casper's Vierteljahrsschr.* 22, p 297. Delbrück, *Allg. Zeit. f. Psych. 11*, p. 57; Gutsch, *id., 19*, p. 21. Sauze, *Ann. med. psych. 21*, p. 28. Delbrück, *Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1866*, Aprile. Nicholson, *Journal of mental science 1873*, luglio, ott., *1874*, aprile-giugno, *1875*, gennaio-aprile (importante monografia sulle psicopatie nei delinquenti). Hurel, *Ann. méd. psych. 1875*, marzo, maggio. Thomson, *Journ. of ment. science 1866*, ott. Reich, *Allg. Zeit. f. Psych.*, 27. Bär, *Die Gefängnisse, Strafanstalten und Strafsysteme*, Berlino, *1871*. Köhler, *Psychosen weiblicher Sträflinge*, *Allg. Zeit. f. Psych.* 33, p. 676. Kirn, *id.* 37, p. 713.

(2) Thomson, 1: 50. Lelut, 1: 50. Gutsch, 3 0[0. Baer, 1-3 0[0.

(3) Baer p. 215.

(4) Laycock, *Journ. of ment. science 1868*, ott. Brierre, *Les fous criminels de l'Angleterre, 1870*. Thomson, *Journ. of ment. science 1870*, Ottobre.

nei secondi ogni idea morale è spenta. Dopo molti anni di prigionia si stabilisce la tolleranza ed un certo equilibrio nella vita psichica.

Intorno all'influenza dei diversi modi di carceramento si è a lungo discusso (isolamento, oppure collettività).

L'antico austero isolamento pensilvanico, col silenzio assoluto, coll'esclusione assoluta dal mondo esterno, ha fornito molti casi di pazzia; ma se questo sistema è umanamente condotto, esso ha sempre un'influenza meno nociva della collettività; tuttavia però esso conduce più rapidamante allo scoppio della pazzia quando già ne esistano delle disposizioni.

Oltre a ciò l'isolamento non si addice a tutti i condannati. Esso è nocivo alle teste molto limitate, che han bisogno degli stimoli del di fuori, agli eccentrici, diffidenti e taciturni che passano per non normali anche nella vita comune; finalmente a coloro che sono in preda a pentimenti e rimorsi.

Le forme della pazzia carceraria sono le stesse della vita libera, ma modificate dalle speciali condizioni igieniche, sociali e disciplinari della casa di pena.

Come forme notevolmente modificate della pazzia, notiamo nei delinquenti, che accanto alla melanconia, demonomania, nostalgia a fondo affettivo (rimorsi) ed ipocondria (per ragioni antigieniche) si ha una pazzia speciale da isolamento, che comincia con allucinazioni; i malati sentono che sono assolti, che il tempo della loro pena è finito. Essi fan pressa per essere dimessi, si immaginano di esser ingiustamente trattenuti. Così si sviluppa il delirio di persecuzione. In principio dell'affezione, se si pone l'infermo in compagnia, si ha una rapida guarigione, poichè un tale disturbo consegue alla solitudine.

Nei delinquenti abituali, per lo più organicamente predisposti, accanto alle forme d'indebolimento con tendenze impulsive, accanto alla pazzia morale, all'epilessia, agli stati epilettici, a certe forme periodiche si hanno, non di rado sotto l'impressione della schiavitù e della disciplina e per la grande irritabilità di questi degenerati, degli stati d'agitazione furiosa con esplosioni maniache (*Zuchthausknall*).

2. — Cause predisponenti individuali.

Eredità (1).

Come elemento causale precipuo figura la trasmissibilità delle disposizioni psicopatiche e delle infermità cerebrali in genere, di generazione in generazione. Il fatto dell' eredità dei disturbi psichici era ben noto ad Ippocrate. Esso non è che il fenomeno parziale di una legge biologica che ha un gran gioco nel mondo, alla quale anzi è legato l' intero progresso mentale dell' umanità.

Dopo la tubercolosi è difficile trovare un campo morboso nel quale l' ereditarietà si renda così valevole come nelle malattie mentali; soltanto vi sono delle differenze riguardo alle cifre. Le statistiche (Legrand du Saulle, *op. cit.* p. 4) oscillano fra il 4 e il 90 0\|0 di casi di eredità. Con sì considerevole differenza non può rendersi palese il fattore in questione in un modo subordinato a delle leggi. Causa di ciò è il diverso modo con cui furon fatte le statistiche; molto altresì vi influisce da qual classe di popolazione deriva il materiale statistico.

Nei circoli aristocratici, in quelli esclusi dal commercio col popolo, nelle società religiose oligarchiche (ebrei, settari, quaccheri) il percento d'eredità è più grande che nelle altre classi. Ma anche il punto di vista delle varie statistiche è diverso: da certi osservatori parlavasi di eredità solo quando la pazzia era esistita nei genitori (eredità omologa diretta); ma l'eredità non giace in limiti così angusti. In questo campo sono da investigarsi specialmente tre cose.

(1) Prichard, *Treatise on insanity*, pag. 157. Lucas, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité*, Paris 1847. Morel, *Traité dégénérescences etc.*, Paris 1857. Lo stesso, *Arch. gener. 1859*, sett. Hohnbaum, *Allg. Zeit. f. Psych.* 5, p. 540. Morel, *Traité des malad. ment*, p. 114. 258. Morel, *De l'hérédité morbide progressive, Arch. général 1867*. Voisin, *Gaz. des hôpit. 1858*, 16. Moreau, *L'Union méd. 1852*, 48. Jung, *Allg. Zeit. f. Psych.* 21. 23; *Ann. méd. psych. 1874*, nov. Legrand du Saulle, *La folie héréditaire*. Ribot, *L'hérédité*. Hagen, *Statistiche Untersuchungen*, Erlangen 1876.

a) L'atavismo. — L'organizzazione corporea e mentale può trasmettersi dalla prima alla terza generazione senza che l'intermedia ne soffra; cosicchè ci interessa conoscere le condizioni di vita e di salute anche dei nonni.

b) Solo in rari casi una vera malattia mentale è trasmessa tale e quale per la via delle generazioni (pazzia congenita, sifilide ereditaria), ma per regola si trasmette soltanto la disposizione. Di vera malattia si parlerà poi quando le disposizioni si faranno valevoli sotto un'influenza nociva accessoria (1).

Noi dovremo indagare lo stato di salute dei consanguinei (zio, zia, cugino cugina) e, siccome anche qui vale ciò che è stato detto per l'atavismo, anche le malattie dei prozii e delle prozie.

c) Soltanto eccezionalmente si sviluppa, sulla via della trasmissione ereditaria della disposizione morbosa, una malattia identica negli ascendenti e nei discendenti; si ha invece per lo più una notevole instabilità dei quadri morbosi, che ha quasi il significato di una legge (polimorfismo e trasmutamento).

I trasmutamenti sono innumerevoli. Le diverse neurosi e psicosi si trovano accanto e si alternano nelle famiglie in cui domina la trasmissione neuropatologica ereditaria, e ci insegnano che esse dal punto di vista biologico-etiologico non sono che due rami di un medesimo tronco patologico.

Il fatto dell'instabilità degli stati morbosi ereditari abbisogna di un prudente esame intorno a quali stati e a quali forme fenomeniche della vita morbosa si collega la trasmissibilità, in modo diretto o modificato.

A) Sono indiscutibili a questo riguardo quei casi nei quali le psicosi si trovano negli ascendenti e nei discendenti (eredità omologa). In alcuni di questi casi la forma morbosa è

(1) Tre fratelli A, B, C, ereditano la disposizione alla malattia. A e B rimangono sani perchè non incontrano alcuna causa occasionale; così pure avviene dei figli di B, la cui disposizione è corretta dall'interferente integrità psichica della madre. C ammala, perchè non esente, come A e B, da circostanze disgraziate della vita, ed ammalano anche i figli di A, perchè la loro disposizione non è corretta dalle favorevoli interferenze della madre.

la stessa in entrambe le generazioni e scoppia per le medesime cause accessorie, ad es. il puerperio (eredità sotto ugual forma).

B) Fenomeno di ugual valore è il suicidio attraverso le generazioni (1), quasi sempre sintoma di melanconia o di una costituzione neuropatica incapace a resistere alle amare vicissitudini della vita. Specialmente istruttivi sono i casi di suicidio in ascendenti e discendenti al presentarsi delle stesse circostanze della vita e nella medesima età. Esistono anzi delle tabelle genealogiche di intere famiglie di degenerati che si tolsero la vita (2).

C) Da non porsi in dubbio è l' influenza ereditaria delle *neuropatie costituzionali*, consistano esse in emicrania abituale, ovvero in isterismo od epilessia (3). Il fattore ereditario può trasmettersi nella posterità come semplice costituzione neuropatica, come nevrosi od anche come psicosi fino all' idiozia, la quale ultima è la più grave forma della degenerazione ereditaria.

D) È certamente ereditaria, e quindi dispone alla pazzia, l' influenza del carattere patologico. Certi fanatici, certe teste eccentriche e balzane, certi ipocondriaci hanno non solo spessissimo dei pazzi e dei neuropatici fra gli ascendenti e collaterali, ma anche dei neuropatici, pazzi od anche idioti nei loro discendenti. Queste esistenze problematiche sono sempre in pericolo di cadere nelle spire della pazzia, e sono specialmente i candidati ad una forma degenerativa per eccellenza: — la paranoia primaria, — la quale colpisce spesso anche i loro discendenti.

(1) Tigges, *Vierteljahrsschr. f. Psychiatrie*, 1868, N. 3, 4, p. 334.

(2) Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 404; Ribot, p. 147; Lucas II, 780; *Annal. méd. psych.* 1844, maggio, p. 389.

(3) Trosseau, *Clinique médical.* Moreau in 364 epilettici trovò molti parenti consanguinei, dei quali 62 epilettici, 17 isterici, 37 apoplettici, 38 pazzi; 195 volte trovò in complesso convulsioni, vertigini, scrofola, ecclampsia, asma, ubbriachezza nei genitori o nei consanguinei. Martin, *Annal méd. psich.*, 1878, ritiene che i figli degli epilettici muoiano una gran parte sotto le convulsioni.

E) Che la condotta criminosa e viziosa della vita (1) stia in rapporto notevole colla pazzia, si rileva dalla frequenza colla quale la pazzia e le altre degenerazioni neurotiche si trovano nei delinquenti abituali, nei loro consanguinei, ascendenti e discendenti. Delinquenza come forma morale e pazzia come forma organica di degenerazione, rimangono nulladimeno agli antipodi. I punti di contatto comuni giacciono in ciò che la pazzia può apparire sotto la forma clinica della depravazione morale (vedi pazzia morale) ed essere ritenuta erroneamente per delinquenza. Anche l'ubbriachezza (2) deve essere messa nella catena dei momenti ereditari predisponenti.

Di rado qui si ha l'eredità nella ugual forma, per lo più invece sotto una diversa: i figli dei degenerati per eccessi alcoolici sono spesso idioti o idrocefali, o dotati di costituzione neuropatica e convulsiva, o individui che sopravvivendo divengono epilettici, isterici, pazzi ed offrono le forme più gravi della degenerazione psichica in seguito a morbosa costituzione dei centri nervosi.

Così Marcé ha riferito il caso di un ubbriacone che ebbe 16 figli: 15 morirono presto, un solo sopravvisse ed era epilettico. Secondo Darwin le famiglie degli ubbriaconi muoiono alla quarta generazione. Secondo Morel la degenerazione in tali casi va soggetta alle seguenti fasi:

1ª generazione. — *Depravazione etica, accessi alcoolici.*
2ª id. — *Ubbriachezza abituale, accessi maniaci, paralisi generale.*
3ª id. — *Ipocondria, melanconia, tædium vitæ, tendenza al suicidio.*
4ª id. — *Imbecillità, idiozia, estinzione della famiglia.*

(1) Roller, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 1, p. 616; Heinrich, *id.* 5, p. 538; Solbrig, *Verbrechen und Wahnsinn*, 1867: Legrand du Saulle, *Annal. d'hyg.*, 1868; Despine, *Étude sur les facultés intellect. et morales*, Paris, 1878; Laycock, *Journ. of mental science*, 1868, ott.; Brierre, *Les fous criminels de l'Angleterre;* Thomson, *Journ of mental science*, 1870, ott. Vedi pure la letteratura nel capitolo *moral Irresein*.

(2) Cfr. il bel lavoro di Taguet, sulle consegnenze più considerevoli dell'alcoolismo, *Ann. méd. psych.* 1877, luglio; Morel, *Traité des dégénéresc.*, p. 116; Jung, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 21, p. 535, 626; Bar, *Alkoholismus*, 1878, p. 360.

Meravigliosi sono i casi di Flemming, Ruer, Demeaux, in cui dei bambini (figli di genitori sobri, ma derivanti da progenitori fra i quali vi furono alcuni che erano in istato di ubbriachezza quando procrearono) presentarono al massimo grado disposizione alla pazzia o alle malattie nervose. Questo fatto può anzi rendersi palese fin dalla nascita come indebolimento congenito, come imbecillità.

Griesinger fece attenzione al fatto che talvolta il genio (1) si trova accanto all'idiotismo ereditario. Moreau giunse anzi al punto di dichiarare il genio una neurosi. Che gli uomini di genio non di rado abbiano in famiglia pazzi, dementi, idioti, è indubitabile (la nonna e lo zio di Schopenhauer erano imbecilli).

È verosimile che una raffinata organizzazione psichica, sotto l'interferenza di speciali e favorevoli condizioni, conduca ad elevato sviluppo e invece, sotto condizioni sfavorevoli, conduca alla degenerazione psichica.

È ancor discutibile se i matrimoni (2) fra consanguinei siano da ravvisarsi come un fattore di degenerazione ereditaria. L'esperienza che ci viene da quegli animali che si imparentano solo con quelli della propria razza, come pure l'albero genealogico dei Tolomei parlano contro quest'opinione. È possibile anche che questo elemento rimanga senza significato per lungo tempo, e così che gli individui rimangano esenti dalla degenerazione; ma se ciò non accade, è invece rapida e sicura la degenerazione stessa.

(1) Cfr. Hagen, intorno alla parentela del genio colla pazzia. *Allg. Zeitschr. f. Psich.*, 33, H. 5 e 6. Maudsley, traduz. ted. di Böhm, p. 309; Moreau, *Psichologie morbide*, 1859.

(2) Darwin, *Ehen Blutsverwandter*, trad. ted. di Velde, 1875; Deway, *Du danger des mariages consanguins*, Paris, 1857; Boudin, *Ann. d'hyg.*, 2 ser., XVIII, p. 52; Mitchell, *id*, 1865; *Allg. Zeitschr. f. Pysch.*, 1850, p 359. A quanto riferisce Baurbgard (*Ann. d'hyg.* 1862, p. 226), da 17 matrimoni conclusi fra consanguinei nacquero 95 figli, dei quali 24 idioti. 1 sordo, 1 nano, 37 mediocremente normali.

Secondo le ricerche di Boudain, nei matrimoni fra consanguinei sono specialmente frequenti: la sterilità, gli aborti, i figli neuropatici con poca vitalità, linfatici, scrofolosi, tubercolosi; poi le mostruosità (dita sopranumerarie, spina bifida, piede torto, bocca di lepre, l'albinismo (come si ha sperimentalmente negli animali), la retinite pigmentosa (Liebreich), il sordo-mutismo ecc., e tutto ciò in proporzione del grado di consanguineità dei genitori.

Il pericolo di generare un sordo-muto in un matrimonio ordinario può segnarsi 1. Questa cifra sale a 18 nei matrimoni fra cugini; a 37 nei matrimoni fra zio e nipote, a 70 nei matrimoni fra nipote e zia, mentre è rara l'eredità diretta del sordo-mutismo (Menière). Di frequente si verifica la pazzia nei discendenti da consanguinei (Esquirol) e l'epilessia (Trousseau, *Clinique Médicale*).

Finalmente non è a porsi in alcun dubbio che tutto ciò che indebolisce il sistema nervoso o la *vis* generativa dei procreatori, siano questi giovani o vecchi, le malattie esaurienti pregresse (tifo, sifilide, tubercolosi), l'idrargirismo, l'alcoolismo e gli eccessi sessuali, dàn luogo nella discendenza a costituzioni neuropatiche e a tutte le possibili malattie nervose.

Il significato dell'eredità è reso palese se si osservano attraverso le generazioni le sorti delle famiglie che hanno in casa la pazzia (1).

La tabella geneologica seguente da me compilata parla all'evidenza sull'argomento.

(1) Cfr. le interessanti tabelle di Bird, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 7, p. 227; Tagnet, *Ann. méd. Psich.*, 1877, luglio. Doutrebente, *id.* 1865, settemb. novemb. (*Schmidt's Jahrb.* 145, 3).

1ª GENERAZIONE	2ª GENERAZIONE	3ª GENERAZIONE	4ª GENERAZIONE	5ª GENERAZIONE
Padre pazzo Madre sana	Figlia (unica prole) pazza	1 Figlia pazza	1 Figlia sorte ignota . .	?
			2 Figlia pazza	cessa
			3 Figlio, mania, demenza .	cessa
		2 Id. sana	7 figli sani	?
		3 Id. pazza	1 Figlio pazzo suicida. . .	cessa
			2 Figlia imbecille . . .	cessa
			3 Figlia, pazzia periodica	cessa
		4 Id. sana	2 figli; destino ignoto. . .	?
		5 Figlio pazzo	Cessa	—
		6 Id. pazzo	1 Maschio sano	?
			2 Maschio pazzo.	cessa
			3 Femmina sana	Figlia pazza
		7 Id. sano	3 figli sani	?
		8 Id. sano	5 figli sani	?

N. B. In questi 37 individui discendenti da avo pazzo si osservano così 13 pazzi e 24 sani (?), e poi di alcuni mancano ulteriori notizie ed altri sono ancor molto giovani.

Ritornando sul già detto, apprendiamo che la pazzia può esser considerata come un fenomeno degenerativo della vita, le cui condizioni sono a ricercarsi nelle disposizioni morbose congenite quali espressioni di stati patologici del cervello degli ascendenti, e nelle influenze nocive all' esistenza cerebrale individuale lungo il corso della vita.

La disposizione morbosa (infermità o malattia reale) che tien dietro ad uno qualsiasi di questi fattori, mostra una tendenza cospicua a trasmettersi sotto una qualche forma lungo la linea dei discendenti.

Il famoso passo della Scrittura: « io vendicherò i peccati dei vostri padri fino alla terza e quarta generazione » ha un profondo significato, molto decisivo per far conoscere che la feli-

cità delle generazioni future dipende in gran parte dal modo di vivere, dall'educazione, dalla sorte degli ascendenti. La convenzionale espressione « ben nato » ha in questo campo un senso molto significativo.

Il modo con cui si compie l'evoluzione delle forme morbose sulla via della trasmissione ereditaria, la forma speciale della infermità neurotica o psichica dipendono da condizioni individuali, come pure esterne e accidentali. La scienza a questo rispetto non è ancor giunta a fissar delle leggi.

In generale può dirsi che quando due individui disposti alla pazzia si uniscono per generare, o quando, per sfavorevole costituzione di uno dei generatori, si stabiliscono condizioni d'interferenza infelici (trasporto per l'alcool, eccessi debilitanti), la disposizione della posterità divien sempre più grave, e la degenerazione, per la crescente trasmissione dei momenti psicopatici degenerativi, progredisce fino alle sue più gravi forme. Dalle neuropatie si sviluppano in seguito le psicosi, dapprima mediocremente benigne e secondo lo schema delle psiconeurosi; in seguito queste forme divengono sempre più degenerative (pazzia circolare, periodica, morale, impulsiva) fino a terminare nell'idiozia. E finalmente la natura estingue la famiglia patologica, la quale perde la capacità fisiologica di riprodursi.

Per converso è in un certo grado ancor possibile una rigenerazione, coll'incrociamento del sangue sano di una famiglia integra, coadiuvato dall'interferenza di felici condizioni della vita. Le forme della malattia divengono più benigne e possono progressivamente scemare fino alla completa scomparsa degli elementi degenerativi dalla stirpe.

Una disposizione congenita può del resto aversi anche senza alcuna influenza ereditaria. Per es., le anomalie del cranio e dello sviluppo del cervello possono aversi in causa del bacino rachitico della madre (Zuckerkandl), gli sviluppi cerebrali degenerativi per malattie fetali del cervello (poroncefalia), per traumi, fors'anche per emozioni della madre durante la gravidanza, per molto giovane o molto vecchia età dei genitori (Emminghaus, op. cit. p. 325).

Ora si fa avanti l'interessante questione promossa da Morel, se cioè la pazzia ereditaria sia forma clinica a sè (1).

Secondo la mia esperienza la forma ereditaria degenerativa figura come una manifestazione parziale della pazzia degenerativa (vedi *Patologia speciale).*

Riguardo all'accennata questione deve esser fatta distinzione tra il *semplice fondo ereditario* (disposizione latente) e la vera impronta ereditaria *(erblicher Belastung),* dove il fattore *eredità* colpisce lo sviluppo dell'individuo, tanto fisico che mentale.

La pazzia a *fondo ereditario semplice* si distingue dalla non ereditaria per la sua comparsa in età giovanile, pel suo esordire dietro una causa accessoria spesso futilissima, per l'improvviso apparire e il brusco dileguarsi dei fenomeni. Essa include una prognosi sempre meno fausta.

Nei gradi di passaggio alla pazzia degenerativa ereditaria sono considerevoli certe forme gravi ed organiche in cui si rilevano i caratteri della degenerazione (stupore, atti impulsivi, periodicità).

Costituzione neuropatica (2).

Vicino al fondo ereditario vi ha un importantissimo momento individuale, la costituzione speciale degli elementi nervosi, che si è distinta col nome di neuropatica, la cui natura sta in ciò che l'equilibrio delle funzioni è estremamente labile e va perduto ad ogni più piccolo stimolo; inoltre la reazione ad ogni stimolo è straordinariameute intensa ed estesa, ma dà luogo a rapido esaurimento.

Questo stato di « debolezza irritabile » rende possibile l'influenza di quegli stimoli che sui non neuropatici non avrebbero avuto

(1) Cfr. Emminghaus, *Allg. Psychopath.*, p. 322.

(2) Griesinger, *Arch. f. Psych.*, I, p. 1. Vedi le recenti opere sulla nevrastenia e specialmente quella di Beard, *die Nervenschwäche*, Leipzig. 1881.

nessuna o poca influenza e chiarisce così la facile possibilità di ammalare ad ogni più piccola influenza nociva.

Tale costituzione neuropatica è congenita od acquisita. Nel primo caso essa è, per regola, a fondo ereditario e l'espressione funzionale dell'incipiente degenerazione degli elementi nervosi di elevata organizzazione. Essa può esser congenita anche se i genitori non erano ereditariamente neuropatici e consegue allora a certi momenti debilitanti dei genitori (gravi malattie, sifilide e mercurialismo paterno) o ad influenze nocive della vita fetale (malattie, disturbi di nutrizione, strapazzi della madre).

Non di rado la costituzione neuropatica è acquisita e ciò in seguito a malattie esaurienti e gravi, come il tifo, i parti ripetuti e difficili con lunga degenza in letto ed emoraggie, agli eccessi sessuali (massime onanismo) e inoltre agli sforzi fisici e mentali uniti alle emozioni. Anche le gravi malattie acute dell'infanzia (esantemi acuti, affezioni cerebrali) possono essere causa della costituzione neuropatica.

Educazione.

Oltre alla sua organizzazione cerebrale, l'uomo deve al modo ed alla natura dell'educazione l'entità speciale della sua esistenza psichica. Talvolta organizzazione ed educazione operano insieme nell'indurre le disposizioni psicopatiche, inquanto che i genitori non soltanto ebbero dai loro padri un' infelice costituzione, bensì ancora la loro condotta fu pessima, il senso morale deficiente, gli esempi cattivi, l'educazione manchevole ecc., cosicchè trasmisero le loro eccentricità e le loro morali anomalie ai figli.

Così possono insorgere le condizioni favorevoli allo sviluppo dell'isterismo, dell'ipocondria, della dipsomania.

Se ora si pone la domanda, secondo qual direzione possono specialmente i difetti d'educazione creare predisposizioni alla pazzia, avremo in prima linea da considerare:

a) Un regime troppo severo sopra un animo estremamente impressionabile come quello del fanciullo, che è pieghevole, sensibile e bisognevole di amorevolezza. Governando la dura severità od anche la rozzezza, si porta un turbamento non solo allo sviluppo dei rapporti affettivi nel loro germe, ma altresì si pone la base a rapporti dolorosi col mondo esterno, che possono giungere fino al *tœdium vitœ*, si crea un carattere chiuso, misantropo.

b) Un' educazione troppo indulgente, la quale trova nulla a ridire e tutto a scusare fornisce elementi al capriccio, alle sfrenate passioni, al mancante dominio di sè stesso. La vita sociale implica impero su di sè, sottomissione ai superiori, forza di opposizione alla corrente della vita e rassegnazione. Se queste qualità mancano vengono i disinganni, le amarezze, gli affetti penosi. Talvolta l' aspra scuola della vita elide il difetto d' educazione e forma il carattere, ma non senza una grave scossa piena di vicissitudini per l' equilibrio psichico.

c) Il precoce risveglio, la tensione soverchia della potenza intellettuale a spese della vita affettiva e della salute corporea del fanciullo.

Questa cagione si fa del doppio valevole là dove le brillanti doti dell' ingegno, per lo più unilaterali, quali s' incontrano spesso per l'appunto nei neuropati ereditari, lusingano la vanità dei genitori e maestri, che nella potenza intellettuale notevole ravvisano un bambino meraviglioso. Solo di rado da questi precoci, brillanti ingegni di bambini si cava qualche cosa di ordinato, quando siano trattati come piante da serra. Nella miglior ipotesi essi si sviluppano unilateralmente e diventano « geni parziali » con debolissimo corpo. Non di rado ad un tratto essi rimangono allo statu quo, massime nella pubertà, si arrestano nello sviluppo e non camminano più psichicamente. In genere l' educazione dei bambini delle classi più elevate deve considerarsi come la più difettosa. Troppo presto comincia la lotta per l' esistenza, in forma di esigenze esorbitanti della scuola, che importano privazione del sonno od anche difetto di sviluppo.

Su questa via può acquisirsi una costituzione neuropatica ed esser posta la base per la futura pazzia. Non meno importante è il precoce commercio dei fanciulli nei circoli sociali degli adulti: ciò li esalta e fa provar loro desiderio di anticipare certi usi e piaceri che nuociono allo sviluppo mentale ed al corporeo.

II. — Cause accessorie od occasionali.

1. Cause psichiche (1).

Senz'alcun dubbio possono le emozioni essere il punto di partenza della pazzia, come ugualmente lo possono essere dell'isterismo, epilessia, corea, paralisi, afasia; e si può perfino dietro tale causa arrivare alla morte per *shok* cardiaco o per paralisi respiratoria (2). D'altra parte poi la stessa causa può esser il motivo *occasionale* della guarigione di una psicosi, di una paralisi, di un'afasia ecc. La notevole influenza che esercitano gli affetti sui centri vasomotori e motori è un fatto che può render ragione di simili movimenti psichici.

Ma da qui alla pazzia vi è ancor distanza. L'opinione dei profani, massime degli autori drammatici e dei romanzieri, che il delirio provenga da potenti passioni ed affetti senz'altro è per lo meno unilaterale. D'altra parte però vi sono dei casi in cui un violento affetto (per lo più paura) (3) quasi immediatamente produsse la pazzia (stupore, demenza primitiva, melanconia attonita, mania). Ma, come nei casi analoghi in cui si produce l'epilessia, vi è sempre qui una predisposizione (neuropatica, per lo più ereditaria), oppure un aumento tem-

(1) Obersteiner, *Vierteljahrschr. f. Psych.*, 1867, p. 171; Schüle, *Handb.*, p. 248 Védie, *Ann. méd. psych.*, 1874, gennaio; Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 218.

(2) Hoffmann, *Lehrb. d. ger. Med., 2 Aufl*, p. 693; Schauenstein, *Maschka's Handb. d. ger. Med.*, 2 vol, p. 809.

(3) Binswanger, *Chârite-Annalen*, 1881, VI, p. 401; Fritsch, *Jahrb. f. Psych.* II, H. I.

poraneo nell' eccitabilità del cervello (mestruazioni, puerperio). In questi easi il momento psichico emotivo disturba la innervazione vasomotoria e quindi la eircolazione e la nutrizione del cervello (spasmo e paralisi vasale).

Per regola la psicosi non sussegue immediatamente al momento etiologieo efficente, ma dopo un tempo più o meno lungo, nel quale l' individuo sembra aver riacquistato il suo equilibrio psiehico; ma poi decade, divien malaticcio, ha disturbi digestivi, mestruali, anemia, insonnio, può divenir tisico. Il legame fra causa ed effetto è mantenuto da disturbi di nutrizione che comprendono nella loro cerchia anche l' organo psichieo. Una precedente disposizione somatica o psichiea favorisce lo scoppio della pazzia, ma questa però può aversi anche senza quella. Ciò è spesso possibile quando le eause psichiche agitano in modo cronico (dispiaeeri domestiei).

Anche quando una sola emozione condusse alla pazzia dopo settimane o mesi, si ha a che fare con una predisposizione, oppure lo *shok* affettivo è così intenso ed improvviso che il gruppo delle idee affettive evoca (Schüle) lo stato neuralgico o si eleva alla potenza di un' idea fissa. L' esperienza insegna che sono eselusivamente gli affetti depressivi (notizia di morte, di una perdita, del disonore) che conducono alla pazzia.

Diversi poi sono i motivi, seeondo il sesso e l' individualità. Nella donna la perdita violenta dell' onore (1) (stupro), la rovina di certi progetti di matrimonio, la vita infelice, la gelosia, la malattia, la morte dei propri figli sono da annoverarsi fra i motivi psichici più importanti.

Nell' uomo vi ha più specialmente la fama rovinata, l' ambizione morbosa sfumata, la rovina finanziaria.

Non di rado le offese corporee, nella nostr' epoca si sono aggiunti i disastri ferroviari, sono il punto di partenza per una psicosi. Talvolta le influenze meccaniche traumatiche hanno importanza etiologica, ma per regola lo *shok* psichico che si accompagna al trauma è il momento più decisivo. La patogenesi è psichica

(1) V. Krafft, *Vierteljschr. f. gen. Med.* N. F. xxi, H. 1, p. 60.

in seguito al doloroso affetto del trauma, al pensiero delle conseguenze (melanconia, ipocondria ecc.). Oppure l'origine è vasomotoria in seguito allo stato di vasospasmo o vasosparalisi che tien dietro alla paura (stupore, demenza primitiva, melanconia attonita, mania acuta).

Casi di origine puramente psichica sono certi che tengon dietro ad uno stupro (vedi il mio *Lehrb. d. ger. Psychopathol*, 2ª ediz., p. 323 e 326, ed il capitolo di questo trattato « La pazzia transitoria »).

Esclusivamente per la paura furon visti operati di cateratta, ed altresì dei malati d'occhi cui questi eran stati bendati e che tenevansi in una camera oscura divenire allucinati di vista e cominciare così ad esser deliranti. (Casi di Sichel, *Union médical 1863;* Magnan, *Bullet. gén. de thérap. 1863;* Schmidt-Rimpler, *Arch. f. Psych.* IX. 2) Secondo me si tratta qui di individui abnormemente eccitabili per senilità, alcool, momenti debilitanti ecc.

Fra le cause psichiche della pazzia dobbiamo annoverare anche l'imitazione (contagio (1)), come avviene nel campo neuropatologico per casi d'isterismo e d'ipocondria ben noti, che si sviluppano per contagio.

In simili casi (2) esiste sempre una notevole predisposizione, sia essa ereditaria o l'espressione di certe condizioni sociali (carestia, agitazioni religiose, politiche) od anche, come Nasse vide, dovuta ai gravosi, imponenti doveri dei candidati alla pazzia (massime per opera dei parenti) che esauriscono la forza fisica e psichica.

Se manca la predisposizione, il commercio coi pazzi, per scopi scientifici o umanitari può avere appena un'influenza

(1) Finkelnburg, *Allg. Zeit. f. Psych.*, 18; Lasègue e Falret, « *La folie à deux ou folie communiquée* », *Ann. méd. psych.*, 1877 novembre; Nasse, *Allg. Zeit. f. Psych.* 28, p. 591; Cramer, *id.* 29, p. 218, Witkowsky, *id.* 35, p. 521, sul ballo di S. Vito nel medio evo e sulle infezioni psichiche.

(2) Qui debbono esser citate le epidemie di pazzia nei chiostri, la malattia dei predicatori in Svezia, l'epidemia istero-demonopatica di Morzine, l'epidemia isteropatica descritta recentemente da Seeligmüller, *Allg. Zeit. f. Psych.* 33.

nociva. Infatti fra gli stessi addetti ai manicomi sono rari quelli che ammalano di malattie psichiche, e nel caso per lo piu sotto condizioni che giaccion fuori della sfera dell'ambiente; mentre d'altra parte nei predisposti può il rimprovero di un medico o di un ispettore essere valevole ad esercitare una forte influenza.

2. — Cause somatiche. Malattie cerebrali.

Meningite. — La pazzia è l'espressione di disturbi nutritivi della corteccia che vanno fino alla degenerazione di questa.

In seguito alle comuni pertinenze anatomiche e funzionali della pia madre e della corteccia, si rende chiaro il fatto che le iperemie e le alterazioni di tessuto della pia producono disturbi di nutrizione della corteccia e con ciò la pazzia.

Così la *leptomeningite acuta* passando a cronicità, per la presenza di essudati, produce disturbi nutritivi e fenomeni di stimolo nella corteccia (demenza e mania intercorrente).

La meningite tubercolare decorre negli adulti non di rado con forma subacuta e sotto il quadro che si avvicina a quello delle psicosi febbrili. Anche la pachimeningite interna emorragica (1) può dar luogo a disturbi psichici (demenza primaria progressiva con generale atassia, paresi e stati di intercorrente agitazione maniaca, accessi epilettici ed apoplettici).

Malattie cerebrali a focolaio. — Le alterazioni che servono di sostrato ai disturbi psichici sono piuttosto diffuse che a focolaio. Le lesioni a focolaio, quando non interessino la corteccia, possono decorrere senza disturbi psichici. Spesso però vi si complican questi, sia che si tratti di focolai multipli (sclerosi, apoplessie capillari), sia di disturbi di pressione, cause di degenerazione vasale, di edema, di turbe circolatorie e nutritizie della corteccia che posson giungere fino all'atrofia di alcune zone di essa. Il quadro morboso in tali casi è per intero quello di una demenza progressiva con paralisi, con intercorrenti agitazioni in seguito a disturbi di circolo nel cervello.

(1) Huguenin, *Ziemssen, Handb.* xi, p. 342.

Appartengono a questa categoria:

L'apoplessia del cervello (1), l'ateromasia delle arterie cerebrali con focolai encefalitici di rammollimento (2), la sclerosi multipla del cervello (3), i tumori (4), i cisticerchi e gli echinococchi (5).

Un gruppo etiologicamente assai importante è costituito dai traumi al capo (6). Nella patogenesi di questa « pazzia traumatica », le meningiti croniche ed i processi encefalitici hanno una importanza non comune. Questi processi sono ora le conseguenze dirette dello stimolo traumatico, ora della propagazione di infiammazioni circoscritte del cranio, delle meningi, del cervello (focolai apoplettici, ascessi cerebrali), ora invece consistono in disturbi flussionari, per l'alterazione del tono vasale successiva alla commozione cerebrale.

(1) Rochoux, *recherches sur l'encephale.* Si può trattare di grossi focolai emorragici isolati, di embolismi o di emorragie migliari capillari multiple. Clinicamente si ha una demenza progressiva con paralisi localizzate. Intercorrentemente si hanno degli stati di eccitamento, delirii, allucinazioni, ansia, accessi epilettici. Talvolta si ha la guarigione totale del focolaio apoplettico con atrofia corticale e indebolimento psichico successivo.

(2) Vedi demenza senile (patologia speciale).

(3) Otto, *Deutsches Archiv* x, p. 550; Leube, *id.* viii, p. 1; Schüle, *id.* vii, viii. Si ha in questi casi un costante e precoce indebolimento mentale, con un umore fanciullesco, disposto al piagnisteo. Nel decorso si hanno spesso intercorrenti e profonde melanconie con *tædium vitæ*, talvolta anche delirio di persecuzione e di grandezza; demenza terminale.

(4) Ladame, *Symptomatik und Diagnostik der Hirngeschwulste*, 1865; Obernier, *Ziemssen, Handb.* p. 195; Wunderlich, *Handb.*, p. 1695. Qui si riscontra demenza progressiva con paralisi generale e fenomeni di focolaio (paralisi, convulsioni); possibili gli stati maniaci intercorrenti. La presenza d'un tumore può anche simulare il quadro morboso della demenza paralitica (*Gaz. des hôp.* 1857, 123).

(5) Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 18; Knock, *id.* 21; Meschede, 26, 30; Wendt, 25. Sede prediletta dai cisticerchi è la corteccia, dagli echinococchi i ventricoli.

(6) V. Krafft, « *Ueber die durch Gehirnerschutterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten* ». Erlangen, 1868 (con letteratura); Wille, *Arch. f. Psych.* viii, p. 619; Huegenin, *Ziemssen's Handb.* xi, p. 673; Landerer, *Bericht üb. d. Privatanstalt Göppingen* 1878; Bergmann, *deutsche Chirurgie*, 30. *Lieferg.*, p. 540.

Le psicosi che così si originano hanno il carattere di psicosi gravi idiopatiche, sono complicate a disturbi motori, vasomotori e sensitivi, per lo più includono una prognosi infausta.

Esse tengon subito dietro al trauma, ovvero tardano settimane, mesi, anni. Nel primo caso si ha a che fare coi fenomeni dell' irritazione cerebrale che entrano nel quadro della commozione (cefalea, vertigine, senso d'angoscia, allucinazioni, miosi, scricchiolìo dei denti), con fenomeni motori (disturbi di coordinazione, paralisi circoscritte) e coi disturbi sensitivi (iperestesia cutanea e sensoriale), fenomeni che presto si dileguano per far luogo ad una notevole riduzione delle funzioni mentali, con periodica comparsa di alcuni stati d'agitazione (ansia, allucinazioni).

In alcuni casi si può avere la guarigione (Huguenin, Wille), ma il più delle volte si ha la demenza, che può giungere fino ai gradi estremi del decadimento psichico (perieucefalomeningite cronica), o può accompagnarsi a grande irritabilità.

Quando la pazzia non si collega subito al trauma del capo, figura come anello di passaggio un periodo, ora lungo ora corto, di eccitabilità cerebrale, espressione di disturbi corticali diffusi (processi periencefalitici, calcificazione delle cellule, formazioni gliomatose, infiltrazione cellulare di Durand Fardel) prodotti da stravasi degenerati, cisti, stimoli di schegge ossee, ovvero da ripetute congestioni, alle quali il cervello, indebolito per trauma, è molto disposto.

I fenomeni di questo stadio prodromico nella sfera psichica sono: grande irritabilità, cambiamenti in male del carattere, tendenza al vagabondaggio ed agli eccessi, con che si accelera lo scoppio della malattia. Nei casi che poi finiscono nella demenza paralitica, i fenomeni prodromici consistono in segni di esaurimento cerebrale (debolezza della memoria, apatia). Accanto a questi trovansi assai spesso la cefalea, le vertigini, le lagnanze per la confusione della mente, l'arresto nel pensiero, l'iperestesia ottica ed acustica, le congestioni spontanee o subentranti al minimo motivo, con esagerazione di tutti i sintomi d'irritazione cerebrale.

Le psicosi di questa categoria hanno un quadro molto vicino alla demenza paralitica od alla mania furiosa, con repentine esplosioni, con forti congestioni, che appaiono periodicamente o spesso recidivano; hanno esito in demenza con irritabilità brutale, ovvero in pazzia epilettica (cicatrici ossee, scopertura delle meningi). Una volta io osservai delirio di persecuzione con esito in demenza.

Un trauma al capo può essere significativo per ciò che, senza produr subito una malattia mentale, può crear nel cervello un *locus minoris resistentiæ* e quindi una predisposizione alla malattia. La spiegazione chiara dell' influenza debilitante del trauma manca, ma in prima linea si mette l'innervazione vasale e la minor di lei resistenza. Questa disposizione, acquisita per l'insulto traumatico, si traduce in tendenza alla stasi, in intolleranza per gli alcoolici e per il calore esterno, spesso in rapida esauribilità mentale e grande irritabilità affettiva.

Così colle anomalie vasomotorie ed i momenti che le aggravano (affetti, alcoolismo, influenza calorifica) si arriva alle psicosi. Queste possono presentarsi in diverse forme (mania, delirio di persecuzione, melanconia, paralisi generale).

Sempre nei casi in questione è riconoscibile il quadro di una psicosi idiopatica più o meno palese e quindi, accanto ai disturbi psichici, avremo fenomeni congestivi, cefalea, vertigine, ecc.

Vicino ai casi di trauma al capo se ne possono mettere alcuni in cui si tratta di uno stimolo per processo infiammatorio della rocca del temporale (1) (carie, otite interna), che produce disturbi psichici agendo sul cervello e sulle meningi.

Anche qui trattasi di gravi malattie idiopatiche, per lo più letali (manie).

(1) Jacobi, *Die Tobschut*, p. 622; L. Meyer, *Deutsche klinik*, 1855; Schüle, *Handb.*, p. 270 (interessantissimo caso di paralisi classica che guarì dopo un abbondante flusso purulento da un orecchio). Casi di trombosi dei seni, *Allg. Zeitschr f. Psych.* 22, p. 444.

Anche alle nocive influenze del calore (1) (insolazione, calore del fuoco) può tener dietro la pazzia (delirio acuto, demenza progressiva con grande irritabilità e stati intercorrenti di agitazione ansiosa). Ciò si verifica in seguito alle iperemie prodotte dall'azione del calore, alle quali tengono dietro dei processi nel cervello (encefaliti parenchimatose, ARNDT, *Virchow's Archiv)* e nelle meningi (pachi e lepto-meningite). I prodromi della pazzia che consegue alle influenze nocive calorifiche sono fenomeni di iperemia cerebrale (cefalea ottusa, pressione al capo, irritabilità, malumore, incapacità al lavoro, insonnio).

Malattie del midollo spinale (2).

Durante il decorso della degenerazione grigia dei cordoni posteriori si osservano talvolta dei disturbi mentali. Oltre alla depressione psichica intercorrente (BENEDICT, *Electrotherapie* p. 337; *Eisenmann*, *Bewegungsataxie* osserv. 12, 13, 19, 44, 66; TOPINARD, *Ataxie locomotrice* osserv. 73, 225, 230) e alla demenza progressiva, che possono accompagnare dal suo principio la malattia che si può dir *tabica* (WESTPHAL, *Virchow's Archiv* 1867; SIMON, *Archiv. f. Psych.* I, osserv. 2, 3, 5), e per la quale Simon ha trovato il reperto della sclerosi della sostanza midollare, trovansi non di rado delle psicosi come fenomeni finali della tabe e propriamente per lo più la demenza (atrofia cerebrale, pachimeningite-Simon), la demenza paralitica, (WESTPHAL, *Allg. Zeit. f. Psych.* 20, 21), il delirio di persecuzione e la melanconia. La via percorsa nell'insorgere di una psicosi deve cercarsi nei disturbi d'innervazione vasomotoria legati al processo tabico.

(1) SKAE, *Edinb. med. Journ. 1866, febbraio;* PASSAUER, *Viertelischr. f. ger. Med.* N. F. VI, H. 2; BARTENS, *Allg. Zeit. f. Psych.* 34, H. 3; ARNDT, *Virchow's Archiv 64;* ARNOLD, *Der Wahnsinn*, traduz. ted. di Ackermann, p. 113; JACOBI *Annal. v. Siegburg*, I, p. 130.

(2) V. KRAFFT, *Allg. Zeit. f. Psych.* 28; TIGGES, *id.* 28, p. 245; STEINKÜHLER, « *Ueber die Beziehungen von Gehirnerkrankungen zur Tabes* ». Dissert. Strasburg, 1872.

Affezioni dei nervi periferici (1).

Analogamente ai casi di tetano e di epilessia dopo maltrattamento dei nervi periferici, possono dichiararsi i disturbi psichici per trasmissione degli stimoli periferici direttamente alla corteccia, oppure per fenomeno riflesso vasomotorio associato al conseguente disturbo circolatorio.

Oltre agli antichi casi di Fördens, Zeller e Griesinger, Köppe ha dimostrato che una neuralgia traumatica (5°, nervo occipitale) senza commozione cerebrale può dar luogo a delle psicosi riflesse. In alcuni casi si stabilì tosto la guarigione dietro la escisione della cicatrice. Assai istruttivo è finalmente il caso di Wendt di malattia del nervo auricolo-temporale: ad ogni esacerbarsi del dolore nella via di questo nervo, comparivano degli accessi di delirio epilettoide (2).

Per regola in questi casi preesiste una costituzione neuropatica, la quale rende la corteccia più vulnerabile agli stimoli periferici. È anche da tenersi calcolo dell'influenza debilitante del trauma che è causa della neuralgia sul cervello e segnatamente sull'innervazione vasomotoria.

In rari casi deve anche essere etiologicamente considerato il fattore psichico (3) dello shok affettivo (paura, ira) legato alla offesa riportata.

La prova clinica della connessione e dipendenza traumatico-neuralgica di certi casi, emerge dal vedere ogni volta ripetersi la neuralgia a guisa d'aura prima degli accessi psichici, dall'essere talvolta possibile provocar questi facendo insorgere la neuralgia (pressione), dall'esito della cura (escissione della cicatrice, anestesia locale ecc.). Lo scoppio della pazzia ha luogo

(1) Köppe, *Deutsches Archiv. f. klin. Med.* XIII; Wendt, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 31; Morel, *traité des malad. ment.*, p. 146; Brodie, *Lectures on certain local nervous affections.* London, 1837.

(2) Cfr. i recenti casi di pazzia epilettoide comunicati da Fürstner nell'*Allg. Zeitschr. f. Psych.* 38, p. 682.

(3) V. Krafft, *Friedreichs Bl. f. ger. Med.* 1866.

poco tempo dopo il trauma; il quadro morboso non è semplice, ma spessissimo epilettoide, istero-epilettico od ipocondriaco-melanconico.

Wunderlich descrive (*Pathol.*, 2ª ediz., 1, p. 1320) come delirio traumatico o nervoso quello che tiene dietro senz'altro ad una operazione dolorosa anche non grave, come ad es. quella di un patereccio; i pazienti in questi casi van talvolta soggetti a pazzia transitoria. Tali disturbi durano dal 1° al 3° giorno dopo l'operazione o dopo la ferita. Il malato è irrequieto, preoccupato. Dopo una notte insonne e agitata, gli occhi si fanno lucidi, il viso rosso, le idee disordinate, è scomparso il dolore, il malato canta, ride. Polso calmo, apiressia. Dopo alcuni giorni subentra un lungo e profondo sonno, dal quale il malatosi risveglia senza ricordo del passato e con chiara coscienza del presente; talvolta anche si ha esaurimento fino al 3° o 5° giorno.

Neurosi generali.

Non di rado osservasi la pazzia come fenomeno che accompagna o segue le neurosi generali.

Chorea minor (1). — Quasi per regola trovansi qui dei disturbi psichici elementari (irritabilità, apatia, malumore, smemoratezza, distrazione), di frequente le allucinazioni visive, talvolta ancora dei veri quadri morbosi psichici (mania, melanconia attiva, delirio demonomaniaco di persecuzione), che sono da considerarsi come psicosi da inanizione per l'esaurimento che tien dietro al dispendio nei movimenti ed alla deficienza di sonno.

Morbus Basedow (2). — Riguardo a questo abbiamo alcune osservazioni, del resto rare, di psicosi ad esso legate e spiegabili pei disturbi vasomotori.

(1) Leidesdorf, *Vierteljahrschr. f. Psych.* 1868, p.2 94; Arndt, *Archiv. f. Psych.* I, 509; Meyer, *id.* II, 535; Steinen, *Antheil d. Psyche am Krankheitsbild der Chorea.* Strassburg, 1875.

(2) Böttger, *Allg. Zeitschr. f. Psych* 33; Solbrig, *id.* 27; Meynert, *psychiatr. Centralbl.* 1871, 3.

Come disturbo elementare è raramente a notarsi in certi malati la mancante suscettività affettiva. Ball ha osservato molto di frequente dei disturbi mentali anche nella *paralisis agitans* (1). Oltre alla nota debolezza psichica che si può riferire sia al corso della malattia, sia alla precoce senilità, Ball trovò nel maggior numero dei suoi malati delle anomalie psichiche elementari (irritabilità), di frequente anche delle psicosi (melanconia con allucinazioni ed impulsi suicidi), per lo più intermittenti e decorrenti assieme alle esacerbazioni della neurosi motoria.

È assai frequente la comparsa delle psicosi, in parte transitorie ed in parte durature, nell'isterismo e nell'ipocondria. Quasi sempre in tali casi è dimostrabile la labe ereditaria e la psicosi finale figura come la risultante di un processo morboso profondamente costituzionale e continuamente progressivo. (Vedi patologia speciale, degenerazioni psichiche).

Epilessia (2). — Non di rado l'epilettico è in preda a disturbi psichici per tutta la vita. Oltre ai comuni disturbi psichici, non di rado transitori, l'attività mentale soffre con sufficente frequenza (secondo Russel Reynolds nel 61 per 0|0) un danno profondo e duraturo, in forma d'indebolimento e di demenza. Il modo di insorgere dei disturbi psichici della epilessia non è chiaro. Il problema dev'essere ricercato nei disturbi cerebrali congeniti od acquisiti che sono base dell'epilessia, i quali nel loro ulteriore progresso comprendono nella loro cerchia anche l'organo psichico.

Assai meno importanti sono i disturbi generali di circolazione in seguito agli insulti epilettici, ed emerge da ciò che la forma vertiginosa dell'epilessia comporta assai meglio l'integrità psichica di quello che la convulsiva. Congenita od acquisita prima della pubertà, l'epilessia non disturba soltanto l'ulteriore svi-

(1) *Annal méd. psych.* 1881, sett. e *L'encephale*, 1882, marzo.

(2) Russel Reynolds, *Die epilepsie*, trad. ted. di Beigel, 1865, p. 43, con accurata letteratura. Trosseau, *Clinique médicale*, vol. II.

luppo cerebrale, ma conduce nel corso della vita alla demenza. La violenza degli accessi è meno pericolosa all'integrità della vita psichica che il frequente ripetersi degli stessi. Le donne sono più compromesse degli uomini. (Pel resto v. patologia speciale, pazzia epilettica).

Malattie acute costituzionali (1).

Cause di disturbi psichici sono, in modo rilevante, le gravi malattie acute, massime quelle in cui notasi un rapido e notevole aumento della temperatura ed una altrettanto rapida (critica) discesa della curva febbrile.

Più comuni e frequenti sono i disturbi elementari del processo psichico, in forma di alienazione della coscienza (sonnolenza, sopore), dell'appercezione (illusioni), delle sensazioni centrali (allucinazioni) e dell'ideazione (acceleramento nel corso delle idee, disturbi dell'associazione, confusione, disturbi nel contenuto, delirio). Questo eccitamento della corteccia, sintomatico o simpatico, si limita a questi disturbi elementari, oppure giunge ad interessare generalmente e complicatamente l'organo psichico fino al delirio. Le forme comprese nel quadro morboso del delirio differiscono da quelle che si hanno nelle comuni malattie mentali per la loro instabilità, per la profonda compromissione del sensorio, per l'incoerenza, per lo sconvolgimento nel corso delle idee e perchè il disturbo prevale nella sfera sensoria centrale in forma di allucinazioni. Questi stati di delirio, per l'irregolare irritazione dell'organo ideativo in seguito ad inadeguato stimolo, per abolizione delle funzioni psichiche elevate (attenzione, riflessione), portano specialmente in se la prova di una confusione allucinatoria e non si ha punto a che fare col quadro del delirio sistematizzato, con durevoli anomalie del carattere, ulteriori idee deliranti e

(1) Cfr. l'importante monografia di Krapelin, « *Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten* », in cui è esaurita tutta la letteratura sull'argomento (*Arch. f. Psych.*, Bd. XI e XII); i risultati di questa memoria sono riassunti nell'esposizione che segue.

scambio della personalità. Tuttavia però le linee di passaggio fra l'una e l'altra forma non sono sempre nette e non è una rarità il vedere originarsi in modo indipendente e cronico delle forme di pazzia che presero le mosse dal delirio delle malattie acute.

Il delirio nelle malattie acute trovasi specialmente in due stadi del decorso loro: nell'*acme* del processo morboso e nel periodo di *risoluzione* dello stesso. Il delirio dell'acme, o delirio febbrile, trovasi specialmente nelle malattie acute infettive e deve palesemente la sua origine a disturbi di nutrizione e di circolazione che tengono dietro al processo febbrile nel cervello ed in altre parti (diminuzione del delirio dietro uso di antipirettici). Fra i principali di questi disturbi appaiono connessi ai processi febbrili l'aumento dell'azione cardiaca, l'iperemia della corteccia, l'aumentata ossidazione degli albuminoidi, l'alterato ricambio; poi, per la debolezza funzionale e la degenerazione miocardica, si ha l'iperemia venosa, la trombosi capillare, l'edema, la raccolta dei prodotti escrementizi del ricambio dei tessuti nel cervello, per insufficiente eliminazione loro. Da ciò si rileva l'influenza direttamente tossica che hanno certi elementi infettivi circolanti e fermentanti nel sangue, i quali indipendentemente dalla febbre (come per es. nel periodo d'incubazione) possono dar luogo a deliri tossici.

Il delirio dell'acme ha per lo più un carattere mussitante, ma può anche apparire come eccitamento angoscioso con corrispondenti allucinazioni ed idee di persecuzione, o come delirio furioso.

Il delirio che si ha nello stadio di risoluzione di una malattia febbrile (delirio da inanizione, collasso, esaurimento) è basato sull'anemia e sul profondo disturbo nutritivo della corteccia. È notevolmente frequente nelle malattie che presentano degli sbalzi critici nella temperatura (pneumonite, esantemi acuti), dove il muscolo cardiaco perde tosto la sua energia, aumentata prima dalla febbre, e la corteccia non è più sufficientemente irrorata, oltre che essa viene esaurita dall'aumentata combustione

durante lo stadio febbrile. Ma anche quei processi morbosi che decorrono con perdite di liquidi acutamente profuse, (per es. il cholera) sono spesso seguiti da simili deliri d'inanizione.

Oltre alla debolezza cardiaca ed alle perdite liquide, si deve con Kräpelin tener conto dell'influenza delle alterazioni chimiche ed istologiche, degli elementi infettivi e dei prodotti di metamorfosi nel cervello; ciò specialmente va detto pei tifosi e pei malarici. Anche le disposizioni ereditarie o di altra natura (che nel delirio febbrile han poca importanza) sono qui talvolta in giuoco.

Dietro una profonda e duratura alterazione degli organi centrali, Kräpelin ha visto, in opposto a quanto avviene nel delirio febbrile, un ricco complesso sintomatico, una profonda compartecipazione della personalità fino ad originarsi un dettagliato sistema di delirio; una lunga durata di questo ammette prognosi infausta; da esso può derivare una psicosi genuina a corso cronico. Questi deliri da inanizione si esternano clinicamente o come disturbi acuti elementari (allucinazioni, delirii indifferenti od ansiosi, accessi di ansia ecc.), o come stati più durevoli e più complicati di disordine melanconico-maniaco, allucinatorio, di esaurimento psichico ecc. e costituiscono il punto di passaggio verso le psicosi a sè.

Lo sviluppo di una vera psicosi da malattia acuta può tener dietro al delirio dell'acme o dello stadio di decrescenza, oppure apparire spontaneamente negli ultimi stadi della convalescenza.

Le psicosi sviluppantisi nell'acme possono essere collegate al consumo dei tessuti, alla difficile circolazione (trombosi, embolismi pigmentarii), alle emorragie capillari in seguito a degenerazioni acute di vasi, come pure all'infiammazione che si estende talvolta fino agli elementi parenchimatosi del cervello.

Per le psicosi che si originano nello stadio della decrescenza è a porsi mente alla difficile e prolungata riparazione dei disturbi nutritivi, ai disturbi della circolazione cerebrale, alla lenta e difficile scomparsa di questi disturbi in seguito ai prodotti escrementizi che fan ingombro, al processo anatomico che era causa della febbre, e finalmente alla turbata nutrizione del

cervello per alterazioni istologiche di esso e alle complicazioni negli organi vegetativi.

Finalmente anche le malattie acute febbrili, colla loro influenza debilitante ed esauriente sul cervello, possono costituire una disposizione alle malattie mentali, in base alla quale le emozioni, gli sforzi mentali, gli abusi alcoolici ed altre influenze dannose possono condurre alla pazzia.

Fra le malattie acute il *tifo*, la *pneumonite*, la *febbre intermittente* sono specialmente in gioco.

Tifo. — Fin dallo stadio prodromico e colla febbre iniziale possono osservarsi dei deliri (tossici) che scompaiono poi nel decorso della malattia. Si tratta sempre allora di gravi casi d'infezione con una mortalità media del 61,5 0[0. I deliri cominciano con allucinazioni terrifiche uditive e visive, offrono nel decorso il quadro ansioso, melanconico-allucinatorio, con timor di morte, suicidio reattivo, impulsioni omicide, delirio di persecuzione o di piccolezza.

I deliri febbrili nell'acme provengono dalla febbre, dai materiali d'infezione, dai disturbi circolatori, dalle degenerazioni parenchimatose e dal consumo del tessuto nervoso, come pure da diverse complicazioni. Il loro quadro fondamentale è lo *stupore* fino al *sopore*, per iperemia, edema, aumentata proporzione d'acqua (Buhl) ed aumento di pressione intracranica. Su questo fondo si originano degli stati di confusione illusorio-allucinatoria, con ideorrea, non di rado con fenomeni di agitazione psicomotoria (tifomania) che li avvicinano al quadro della mania. La prognosi di questi deliri febbrili non è infausta. Di frequente si protraggono per malattie complicanti, massime pneumonite, per emorragie, decubiti, pioemia, per stasi venosa nel cervello con emigrazione di corpuscoli bianchi (Duca Carlo Teodoro). In un terzo circa dei casi i disturbi psichici durano più della febbre, dei mesi ed anche un anno. Rimangono, come residuo del delirio, certe idee deliranti accompagnate da allucinazioni e da disposizione ansiosa dell'animo. Gli ammalati rimangono mentalmente ottusi, confusi (demenza acuta) per consumo nervoso, per atrofia cere-

brale acuta (depositi di pigmento nella corteccia. — Hofmann; diminuzione dei grassi — Buhl).

I disturbi psichici che si hanno nella convalescenza del tifo sono da Kräpelin riferiti all'anemia, all'introduzione nel sangue degli elementi escrementizi quando quelli siano acuti; alla degenerazione grassa-pigmentaria ed all'atrofia cerebrale quando siano cronici.

Si danno quattro forme:

1° Stato delirante calmo che dura da giorni a settimane. — Prognosi fausta. Molto spesso si ha il delirio di grandezza.

2° Stato di agitazione maniaca con delirio di grandezza e spesso con allucinazioni, talvolta vera mania con furore. Per lo più si ha la guarigione nei primi mesi: una buona metà certamente guarisce dentro il primo anno. Trascorso questo tempo non si ha generalmente la guarigione. Rari sono i casi di stati melanconico-agitati con grande confusione e con allucinazioni uditive e visive.

3° Forma più frequente è quella di una melanconia calma, persino stuporosa, con idee deliranti. Si ha cattivo umore, irritabilità, delirio di persecuzione e di peccaminosità, nel 30 0[0 dei casi si hanno anche allucinazioni. Subentra un grande esaurimento, dimagramento, debolezza psichica. Durata di mesi. Nel 65 0[0 guarigione. Passaggio in mania o in paranoia, l'esito in indebolimento mentale non raro.

4° Demenza acuta. — I malati divengono imbecilli, piagnucolosi come i bambini, smarriti, stupidi, mentalmente e somaticamente esauriti. Il corso di questa forma è lungo. Nel 66 0[0 dei casi dura più di un anno, nel 50 0[0 non si ha la guarigione.

Osservazione IV

Psicosi da tifo.

Melanconia stupida successiva al delirio della febbre iniziale

Petrisch, donna di 31 anni, mercantessa, derivata da famiglia sana, non fu mai ammalata tranne di clorosi nel tempo dello sviluppo. Madre

di quattro bimbi, incinta a 3 mesi, s'ammalò il 28 ottobre 1881 di febbre con violento freddo iniziale. Il giorno 30, nonostante la febbre gagliarda, uscì di casa, fu vista aggirarsi delirante il 2 novembre nelle vicinanze di Graz e fu condotta all'ospedale. All'epoca dell'ammissione è leggermente stuporosa. Si lamenta di dolori diffusi a tutte le articolazioni e di grande spossatezza. Temp. 39'. Ha un ricordo appena sommario di ciò che è avvenuto nei giorni precedenti. Essa ricorda di essere fuggita di notte senza scopo e, dietro l'impressione del freddo, di essersi coricata alla meglio in un cortile. Confonde una cosa coll'altra, la fantasia è al massimo del suo disordine.

Poche ore dopo la sua ammissione la malata diviene agitata, appercepisce in modo ostile, si lamenta di chi la circonda, rifiuta il cibo, non è più tollerabile nello scomparto medico e passa in quello psichiatrico.

Qui arriva la malata in uno stato stuporoso. Temp. 40-40,5, P. 120. Tumor di milza, meteorismo, addolorabilità nella fossa ileo-ciecale ecc., permettono di stabilire la diagnosi di tifo. Utero sensibile a 2 dita trasverse sopra la sinfisi. Alle 4 di sera aborto (feto al principio del 4° mese). Forte emorragia. Temperatura discesa da 40 a 37,4. Aumento dello stupore. Temp. in seguito all'emorragia irregolare (37-40), grande prostrazione ed anemia, stupore profondo con periodi di reazione ansiosa contro il mondo esterno.

Dal giorno 11, colla temperatura di 38-40, apparvero nel quadro dello stupore degli elementi di melanconia più o meno vivaci. Dichiara d'avere sporca la coscienza, che la si dovrebbe condurre alla giustizia, gettare fra lo sterco; essa ha superato i delinquenti più scellerati, sente il diavolo, non ha alcuna fede, si è mal confessata dei suoi peccati e li sente pesare sul petto. Essa non è più la P....., suo marito attende soltanto che si sia confessata per ucciderla. Vede uomini neri, rospi, scorpioni, serpenti, grida spesso angosciosamente, si nasconde sotto le coperte. Oppone una grande e passiva resistenza a tutti coloro che essa ravvisa ostilmente, rifiuta il cibo, in parte per penitenza, in parte perchè Cristo ha detto che se essa non mangia riscatterà delle povere anime. Alla fine di novembre comincia la defervescenza e scompaiono i sintomi del tifo. Dalla metà di dicembre è apiretica, ma nonostante il ricco nutrimento è molto anemica, dimagrata, esaurita, stupida. Di tanto in tanto il riposo notturno è turbato da visioni di morti e di figure nere, sente delle voci che la dichiarano una persona cattiva.

Nel gennaio 1882 la malata diventa profondamente stupida, sudicia; enorme la resistenza passiva, mutismo, nessuna reazione alla puntura di uno spillo. In certi periodi è necessaria l'alimentazione forzata. I sintomi melanconico-deliranti si perdono sotto la maschera dello stupore; solo dal 17 al 21 gennaio, al cessare dello stupore, quelli riappaiono di nuovo.

Si dichiara una mendica, pezzente, piuttosto che mangiare vuol darsi alla fede. Ciera affannosa, cute pallida, nutrizione deperita, profondamente depresso il turgone vitale. Grave turbamento della coscienza. La malata da quando a quando si crede in cielo, ritiene santi ed angeli chi la circonda, padre di Dio il medico; una volta disse di essere la madre di Dio.

Il 20, 1, altro profondo stupore con rare estrinsecazioni verbali lagnose, dichiarazioni di aver negato la fede e di dover subire il martirio.

Al principio di marzo comincia a rialzarsi somaticamente. In aprile diminuisce lo stupore. In maggio esiste ancora uno stato di esaurimento psichico con qualche lagnanza. Comincia ad occuparsi in qualche leggero lavoro manuale e a dare qualche risposta adeguata in modo come trasognato. In giugno e luglio progressivo miglioramento dal lato psichico (capacità di orientarsi, amore al lavoro, scomparsa dell'ansia, del delirio di piccolezza) e corporeo (ritorno delle mestruazioni).

Messa fra le guarite il 24, 8 e interrogata da me sul suo stato retrospettivo, si ricorda soltanto come di un sogno di un'alimentazione forzata eseguita su di lei. Per tutto il resto esiste una completa amnesia.

Alla fine di giugno la coscienza si rischiara. La malata si orienta bene sulle circostanze di tempo e di luogo, acquista la credenza di esser stata malata, può di nuovo pensar con chiarezza. Essa giudica il suo attuale stato uguale a quello precedente alla malattia. In seguito salute fisica e psichica che nulla lasciarono a desiderare.

Vaiolo. — Anche qui abbiamo, talvolta nello stadio prodromico, per intossicamento, degli stati di confusione agitata e perfino furibonda, i quali durano progressivi fino allo stadio della suppurazione e possono degenerare in psicosi croniche. I deliri dell'acme Kräpelin riferisce all'iperemia congestiva, ai principii infettivi, ai profondi disturbi del ricambio, ai violenti dolori inerenti al processo vaioloso nella cute e nelle mucose. Nello stadio dell'apiressia si osservano stati astenici, allucinatorio-deliranti, di durata effimera, in connessione ai rapidi abbassamenti di temperature e alle profuse essudazioni sierose delle pustole. Le psicosi croniche come esito del vaiolo sono rare. Kräpelin trovò solo 8 casi nella letteratura, della durata di mesi e persino di anni. Compaiono in principio della terza settimana di malattia e decorrono per lo più come stati me-

lanconico-ansiosi. Si osservarono anche forme acute maniache, deliranti.

La *scarlattina*, la *rosolia*, la *risipola al capo* sono non di rado causa di disturbi psichici. Durata da settimane a mesi. Prognosi la più fausta.

Febbre intermittente. — In 2|3 dei casi raccolti trattasi di una psicosi intermittente, sotto l'influenza dell'infezione malarica dell'accesso febbrile, che dura ore o giorni, con comparsa quotidiana, di rado terzanaria o quartanaria, con intermissioni per lo più interamente complete.

Questi accessi di *psicosi tipica* si possono considerare come gli equivalenti degli accessi d'intermittente *(intermittens larvata)*, non di rado senza un accenno al processo febbrile. Come quadro morboso più frequente nelle psicosi malariche, Kräpelin notò uno stato di melanconia delirante agitata, con violenta ansia, allucinazioni terrifiche, impulsi omicidi e suicidi, in tutto analoghi agli stati di agitazione delirante degli epilettici. Talvolta accompagnano il parossismo delle convulsioni tetaniche od epilettiformi, che cessano dopo un sonno di più ore, dal quale il malato si sveglia con memoria deficiente o sognante. Più rari sono i casi di esaltamento maniaco con delirio di grandezza, oppure la disposizione melanconica calma, con sensazioni vaghe d'ansia ed illusioni uditive; finalmente si hanno gli stati di confusione apatica fino allo stupore.

Un altro modo di origine ci è offerto da quelle psicosi (per regola stati di esaltamento maniaco), le quali sostituiscono gradatamente gli accessi febbrili e li occultano.

Può finalmente, in base ad una cachessia malarica, svilupparsi una pazzia cronica, che dura mesi ed anni, come espressione di anemia e melanemia (embolia pigmentaria della corteccia — Griesinger). La letteratura accenna a stati di stupore o demenza acuta, raramente a mania o melanconia con allucinazioni. La prognosi, avendo in vista le risorse di una cura ricostituente, non è punto infausta.

Reumatismo articolare acuto. — Fin dai medici antichi (Sydenham ed altri) era noto che dei sintomi cerebrali gravi,

e persino mortali, possono complicarsi al reumatismo articolare. Se ciò sia effetto dell'altezza della febbre, dell'influenza tossicoemica o di complicazioni infiammatorio-iperemiche delle meningi o dell'endocardio, è ancor oggi argomento di discussioni.

Kräpelin divide questi casi di affezioni cerebrali reumatiche in due gruppi. Nel primo si hanno i fenomeni cerebrali gravi della durata di ore e settimane in seguito all'iperemia dei centri nervosi, e si può arrivare persino alla formazione di transudati od anche allo stabilirsi di una meningite, per processo embolico-pioemico. Nel 70 0|0 dei casi si ha un esito letale. — Il secondo gruppo è contrassegnato da ciò che, sotto una curva termica iperperettica, si sviluppano degli stati deliranti, i quali presto passano in collasso e finiscono per lo più letalmente (apoplessia reumatica, reumatismo tifoide). I reperti anatomici sarebbero per lo più negativi, talchè si potrebbe pensare all'azione tossicoemica di un fermento pirogeno reumatico. — Oltre a ciò possono, nella prima e seconda settimana di malattia, svilupparsi dei comuni deliri febbrili, nel 52 0|0 con collasso ed esito letale, in seguito ad iperemia delle meningi e del cervello.

Dalla terza fino alla sesta settimana appaiono, come fenomeni successivi alla febbre, alle gravi complicazioni (endo, pericardite, pneumonite), non di rado insieme alle recidive del processo reumatico, dei disturbi psichici i quali scompaiono al cader della febbre, ma che si possono protrarre in un organismo molto indebolito.

Kräpelin osservò dei deliri allucinatori con stati di ansia, della durata persino di tre settimane, dei casi di delirio melanconico-agitato che si protrasse per dei mesi, talvolta con convulsioni, corea, accessi di vertigini; e inoltre dei casi di confusione allucinatoria protratta, a colorito ansioso, finalmente dei casi di stati maniaci che si alternavano con degli stuporosi. Non così rari sono finalmente, massime negli individui molto indeboliti od esauriti per la malattia, le psicosi asteniche a lungo decorso, in seguito alla più piccola causa occasionale.

Un gruppo specialmente frequente in questa categoria è il seguente: agitazione melanconica o maniaca con grande disordine, esaurimento psichico, illusioni sensoriali, frequente esito in stupore; guarigione nel 92 0[0. In un altro gruppo trattasi di uno stato di depressione melanconica, con passaggio in delirio allucinatorio o in uno stato stuporoso, spesso con gravi disturbi cerebrali motori. In complesso su questi malati si ha la guarigione dopo un mese di malattia.

L'alternanza talvolta osservata dell'affezione articolare colla psicosi, Kräpelin ritiene cosa accessoria e spiegabile perchè da una parte la prima scompare apparentemente, giacchè al sopravvenir della psicosi il dolore articolare non è più così sentito o almeno esternato come prima; e d'altra parte tuttavia può la psicosi temporaneamente esser diminuita ad ogni recidiva di reumatismo dall'influenza iperemica della febbre sul cervello esaurito ed anemico. La chorea complicante fu trovata nel 19 0|0 di tutte le psicosi asteniche.

Pneumonite. — Sono qui specialmente degne di nota le costituzioni indebolite, massime per uso di alcool. I deliri febbrili nell'acme della malattia trovansi nei casi gravi, massime nelle pneumoniti degli apici e nelle costituzioni indebolite. Questi deliri vengono per congestione cerebrale, molto di rado per meningite, vengono dal quarto al sesto giorno di malattia, durano al più pochi giorni ed indicano un grave e vicino pericolo (35,4 0|0 di mortalità). Si osservano tanto i deliri mussitanti quanto gli accessi di mania delirante.

Nei predisposti, negli individui sfibrati dall'alcool può il delirio durare oltre il periodo febbrile (gravi disturbi della nutrizione cerebrale, indebolita attività cardiaca, insufficiente decarbonizzazione del sangue per l'epatizzazione).

Non di rado si sviluppano delle psicosi in forma di uno stato ansioso-confuso di agitazione, con delirio di persecuzione; possono anche aversi dei deliri di grandezza, con disposizioni gaie, allucinazioni, ideorrea, impulsi motori, ecc. della durata di settimane ad un mese, con esito felice.

I deliri della defervescenza sono deliri da collasso, in seguito alla debolezza cardiaca che tien dietro alla caduta della febbre e che rende possibile la stasi venosa o l' edema nel cervello. Essi trovansi specialmente negli individui già indeboliti prima della malattia, massime negli alcoolizzati e si manifestano con stati di agitazione allucinatoria, con confusione, ideorrea, insonnio, grande prostrazione, temperatura subnormale. Le allucinazioni ed i deliri sono prevalentemente di natura terrifica, di persecuzione, di avvelenamento, di piccolezza, di peccaminosità; tuttavia però si hanno anche i deliri di grandezza. La loro durata è per lo più di giorni, ma può protrarsi per settimane e raggiungere il mese, e finalmente si può avere la loro scomparsa col ritorno delle forze e del sonno. Guarigione nell'84 0|0 dei casi.

Cholera. — Oltre agli stati soporosi, comatosi e di delirio acuto riscontrati talvolta nello stadio tifoso e di reazione del cholera, Kräpelin ha raccolto 19 casi di disturbi mentali nella convalescenza di questa malattia, che sono l'espressione di profondi disturbi nutritivi della corteccia. Trovansi degli stati di agitazione al tutto effimeri, con grande confusione, il quadro melanconico con delirio ed illusioni sensoriali, della durata di più settimane, e degli stati stuporosi. La prognosi è fausta.

Malattie croniche costituzionali (1).

Il momento patogenetico di un gran numero di malattie psichiche è l' anemia, quando questa è durevole e più o meno costituzionale. Come l'anemico è più accessibile alle cause morbose in genere, così avviene anche nella sfera psichica; coll'anemia il limite della suscettibilità di cadere sotto le influenze morbose si fa più esteso (massime coll' aiuto di certe condizioni vasomotorie ed affettive). L'anemia figura qui come una predisposizione piena di significato ed aumenta l'importanza di qualche altro elemento che potesse preesistere. Essa può anche essere il *substratum* anatomico di una vera malattia.

(1) Schüle, *Handb.*, p. 333.

L'anemia cronica mette malumore, irritabilità, depressione morale fino allo stupore; con essa l'applicazione mentale conduce presto all'esaurimento.

Le psicosi che si rivelano su questo fondo sono semplici malinconie o manie, oppure, pei già predisposti, le forme gravi della malinconia stupida, della demenza primitiva, della mania.... fino al delirio acuto.

La denominazione generica di *anemia*, come nota Schüle, non è soddisfacente, e l'ipotesi che da essa derivino disturbi nutritivi delle cellule corticali (alterazione dell'innervazione vasomotoria, della velocità della corrente nervosa, della pressione sanguigna, della diffusione; degenerazione grassa dei vasi, del miocardo massime nelle anemie perniciose) è eminentemente incompleta.

Le cause che dànno luogo all'anemia possono essere assai diverse. Emorragie, malattie esaurienti acute e croniche, inanizione, ascessi, lunghi allattamenti, lunga degenza in letto, affetti dolorosi, strazianti, insonnio, gravi malattie digestive o genitali, clorosi, turbato sviluppo della pubertà, eccessi sessuali ecc. possono essere momenti incriminati come capitali riguardo all'origine dell'anemia. È però a considerarsi che nei predisposti, massime nel sesso femminile, un'anemia costituzionale, che comincia dalla pubertà e resiste a tutti i mezzi, è un fenomeno comune e può esser considerato invece come sintoma di un'affezione neurotica rivelantesi dal lato trofico.

Un'anemia acuta (per emorragia, consunzione febbrile) secondo la mia esperienza produce disturbi psichici (stupore, demenza primitiva, acuta agitazione maniaca o melanconica con forte ansia, con illusioni quasi esclusivamente visive) solo negli individui molto indeboliti per altra via o nei soggetti già predisposti.

L'importanza di queste perdite sanguigne acute si rivela in seguito a salassi eseguiti sui pazzi, i quali da un accesso maniaco possono cadere tosto in stupore o dopo una breve calma presentare un quadro assai grave. Anche il ripetersi di

mestruazioni profuse durante una malattia psichica può avere un simile effetto.

Tubercolosi polmonare. — L'importanza causale della tisi polmonare nell'origine della pazzia, quale scaturisce dalle statistiche di Hagen (1), è più piccola di quello che si credeva in addietro. Più di frequente invece si sviluppa la tubercolosi quando i disturbi mentali sono già dichiarati.

È nota la tendenza dei tisici a tener nascosto il loro male, a non darsene pensiero e ad illudersi sulla natura della malattia.

Presso taluni si ha però la melanconia, la quale tien dietro all'anemia e alla consunzione propria della malattia polmonare; può anche aversi indebolimento mentale (quando la vita si protrae a lungo) per atrofia e per edema cerebrale.

Skae e Clouston trovano in questa melanconia una forma speciale *(phthisical insanity)* che si rivela con carattere irritabile, sospettoso, contegno apatico, suscettività non motivata, indolenza e temporanei accessi di violenza furiosa. Negli stadi finali della tisi polmonare, come del resto nei neurastenici, nei moribondi, negli affamati ecc., si può avere il delirio da inanizione. Questo ha per lo più un carattere mussitante, si alterna fra idee gaie ed illusioni, tuttavia però non sono escluse le idee a contenuto terrifico con reazione ostile.

Sifilide (2). — Anche la sifilide può, per diverse vie, o come discrasia, o come processo localizzato al cervello, condurre alla pazzia. L'importanza di quest'ultimo fattore necessita un

(1) HAGEN, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 7, p. 253; lo stesso: *Statistische Untersuchungen* etc., p. 245. CLOUSTON, *Edinb. med. Journ.* p. 861; lo stesso: *Journ. of ment. science* IX, aprile; SKAE e CLOUSTON, *id.* 1874, Apr.

(2) V. patologia speciale, Lue cerebrale. Riguardo alle forme prettamente discrasiche v. specialmente Erlenmeyer, *Die luetischen Psychosen* 1877; RIPPING, *Allg. Zeit. f. Psych.* 57, H. 6, trova che la *lue* soltanto di rado è il momento causale diretto di una psicosi e riguarda con ragione come cause determinanti più potenti gli eccessi sessuali, l'abuso di alcoolici, la vita sregolata, ricca di emozioni, l'insufficiente nutrizione, le cure debilitanti, medicamentose e sottrattive che spesso si adoprano contro la sifilide.

capitolo a parte nella patologia speciale (v. lue cerebrale). Qui va detto soltanto qualche cosa su quelle psicosi che hanno per base la discrasia, la turbata nutrizione del cervello in seguito alla clorosi sifilitica. Il già detto riguardo alle anemie costituzionali vale anche su questo argomento. La crasi sifilitica ha una influenza debilitante, predisponente sul cervello e può da sè, o per la comparsa di futili ed accessorie influenze nocive (affetti, traumi al capo, eccessi alcoolici) dar luogo ad una psicosi. Così Jolly ed Emminghaus *(Allg. Psychopath.*, p. 355) notarono nei sifilitici, per motivi futili, degli accessi di mania transitoria furiosa. Ma più spesso si tratta di psicosi croniche, massime melanconia con delirio di piccolezza e sifilidofobia, poi di gravi manie furiose a brusco esordio e spesso con rapido esito in demenza.

Malattie croniche locali.

Dagli organi lontani sono condotte le impressioni al cervello mediante i nervi periferici, la qualità delle quali ha speciale influenza sulle disposizioni dell'animo. È degno di special nota come a questo riguardo sia diversa l'influenza a seconda dei diversi organi (la nota euforia dei tisici e dei tabici, da contrapporsi al sentimento di profondo malessere, fino allo stato ipocondriaco-melanconico, che si ha nelle malattie dei genitali e dello stomaco). Oltre alle influenze che esercitano sul carattere, sull'entità psichica e sui sentimenti, possono le malattie degli organi vegetativi predisporre alle psicosi per mezzo di un eccitamento dei nervi vegetativi e dei centri vasomotori, o di una paralisi di questi; dal che deriverà un turbamento della circolazione nel cervello. Oltre che per la via nervosa può tale influenza rivelarsi per via meccanica (cardiopatie): finalmente possono le malattie organiche, per mezzo di disturbi della sanguificazione, arresto od aumento delle secrezioni alterare chimicamente il sangue, nutrimento del cervello.

Malattie dello stomaco e degli intestini (1). — È indubitabile che il catarro acuto, ma anche meglio il catarro cronico dello stomaco, non solo influisce notevolmente sulle disposizioni dell'animo, ma anche di frequente dà luogo a delle psicosi che per lo più portano in sè il carattere della melanconia con colorito ipocondriaco. Ma non si può senza critica accettare nella via patogenetica delle psicosi il reperto delle emorroidi, della stasi della porta, dell'ingrandimento del fegato, delle eterotopie intestinali ecc., alle quali lesioni in passato ed anche di recente (Schröder van der Kolk) si è attribuita una speciale importanza etiologica.

La patogenesi in tali casi non è chiara. Schüle pensa al rapporto neurotico diretto, nel quale il campo vasale vertebrale (sfera emotiva?) del cervello sta coi visceri addominal per mezzo dei nervi splancnici, che mettono capo al ganglio cervicale inferiore. E così l'iperemia venosa, vaso-paralitica degli organi della digestione anemizza e danneggia il cervello direttamente nella sua nutrizione, oppure indirettamente co turbati processi digestivi in seguito allo str [illegible] esiste sulla mucosa. La costipazione esistente in taluni cas aumenta ancora l'intensità del catarro e porta ostacolo alla circolazione. È anche da pensarsi alla possibilità che il sangue per la formazione di acetone e zolfo, assorbiti dall'intestino, sia alterato in modo tossico.

Nella letteratura esistono anche dei casi in cui, per lo stimolo intestinale prodotto dagli elminti (2), si provocarono delle psicosi riflesse, le quali guarirono coll'uso degli anti-elmintici. Per lo più trattavasi di lombricoidi, talvolta anche di tenie. I primi sogliono provocare degli stati acuti di eccitamento in

(1) Flemming, *Allg. Zeit. f. Psych.* 2; lo stesso: *Psychosen etc.* p. 138; Leube, *Ziemssen's Handb*, VII; Niemeyer, *Deutsche Klinik* 1858, p. 473; Schröder, v. d. *Kolk, Geisteskrankheiten*, trad. ted. di Theile, p. 177; *Psych. Centralblatt*, 1873, p. 78; Glax, *Rohitsch-Sauerbrunn*, Graz, 1876, p. 49; Holthoff, *Erlenmeyer's, Corr. Blatt.* 1872, p. 125.

(2) Vix, *Allg. Zeit. f. Psych.* 18; Débout, *Bull. gén. de thérapeut*, 1856, 15 genn.

forma di mania. Riguardo alla tenia è a pensarsi ai disturbi della nutrizione, ai disturbi riflessi simpatici (un caso di Maudsley di melanconia cronica, op. cit., p. 249). Gli oxiuri possono indirettamente dar luogo alle psicosi, in quanto che eccitano alla masturbazione (1), la quale fa delle vittime nel campo psicopatico.

In complesso le *psicosi da elminti* sono fenomeni assai rari, spessissimo si hanno in giovani soggetti e sempre a fondo neuropatico.

Malattie di cuore (2). — Oltre all' endocardite ulcerosa, la quale occasionalmente può condurre all' embolismo (3) cerebrale ed alla demenza apoplettica, devono essere presi in considerazione i vizi valvulari e le ipertrofie compensative del muscolo cardiaco. Questi stati possono, per squilibri di attività o (nelle compensazioni deficienti) per *iperemie venose* nel cervello, nei polmoni (ansia) e in genere negli organi vegetativi (catarro, anemia), dar luogo alla compartecipazione dei disturbi psichici. D' altra parte esiste la possibilità (Karrer, Guislain) che i vizi cardiaci (ipertrofie) siano soltanto secondari a stati cronici di agitazione, massime ansiosa, in quanto che questa può dar luogo ad una durevole iperattività cardiaca; come pure esistono degenerazioni grasse ed atrofie di cuore in certe psicosi che conducono al marasma. All' etiologia delle psicosi da malattie cardiache è stata però data troppa importanza.

Karrer (statistica di Hagen 1876) trovò nelle autopsie dei pazzi, in Erlangen, il 26 0|0 ed in quelle dei non pazzi sezionati nell' istituto patologico, il 25 0|0 di anomalie cardiache e quindi un' assai piccola differenza fra gli uni e gli altri. Mildner ed altri trovarono che nei casi in cui i vizi cardiaci si rivelano in rapporto causale colle psicosi, le ipertrofie del

(1) V. Krafft, *Allg. Zeit. f. Psych.*, 26, 556.

(2) Westphal, *Virchow's Archiv.* xx; Sioli, *Archiv. f. psych.* x, 141.

(3) Mildner, *Vien. med. Wochenschr.* 1857, 46, 47; Burman, *West Riding asyl. report.* 1873. III; Witkowski, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 32, p. 347; Karrer, v. Hagen, *Statist. Untersuchungen*, p. 205.

ventricolo sinistro ed i vizi valvulari dell'aorta producono per lo più stati di agitazione di natura maniaca e le ipertrofie del ventricolo destro ed i vizi della mitrale producono invece melanconia; però è a notarsi che i casi da Mildner considerati come manie, in gran parte possono entrare nel quadro della melanconia agitata. Witkowscki conchiude in un suo lavoro, che rischiara la difficoltà e complicatezza della questione, che, eccettuati i vizi dell'aorta, le cardiopatie nei pazzi si accompagnano ad una speciale irrequietezza ed instabilità (senso di oppressione?) il cui modo di esternarsi ha caratteri istintivi e può condurre ad eccessi contro sè e contro gli altri.

Malattie renali (1). — Hagen riporta, per propria ed altrui esperienza, molti esempi di vere pazzie (non soltanto coma e deliri) nel decorso di nefriti acute e croniche. Si tratta per lo più di stati melanconici, con delirio di persecuzione e di avvelenamento. In un caso si ebbe guarigione, in altro morte in seguito alla malattia fondamentale. Oltre a questi sono riportati quattro casi di degenerazioni renali croniche con disturbi psichici, però etiologicamente oscuri e complicati alla menopausa, alla pneumonite, all'alcoolismo, all'emorragia meningea ecc.

Il legame fra le malattie renali e le psicosi Hagen cerca nell'uremia acuta o cronica.

Malattie degli organi sessuali della donna (2). L'influenza di queste non sarà mai in sovrabbondanza ricercata. Un'importanza massima hanno le alterazioni di struttura e di posizione (flessioni, versioni, prolassi) della matrice, che richiamano disturbi cronici infiammatori ed irritativi. In nessuno di questi casi potrebbero mancare le anomalie affettive e nervose.

(1) Hagen, *Allg. Zeit. f. Psych.* 38; Schmidt's *Jahrb.* 1880, N. 6.

(2) Loiseau, *De la folie sympatique*, Paris, 1856; Azam, *De la folie sympatique provoquée et entretenue par les lésions de l'uterus*, Bordeaux, 1858; L. Mayer, *Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexual organen des Weibes zu Geistesstörungen*, Berlin, 1870; Amann, *Ueber Einfluss der weiblichen Geschlechtskrankheiten auf das Nervensystem, München* 1874, *2 Aufl.;* Wiebeke, *Allg. Zeit. f. Psych.* 23; Müller, *id.* 25; Hergt, 27; Ripping 39.

Riguardo all' importanza etiologica dobbiamo porre in prima serie le affezioni neuralgiche, iperestesiche della vagina (vaginismo), i catarri cronici, le ipertrofie del collo dell' utero con ulcerazioni, le fistole, i disturbi nello sviluppo.

Solo assai di rado i neoplasmi maligni (carcinomi) e benigni danno luogo a disturbi psichici, al più indirettamente a melanconie o, nello stadio del marasma, a deliri d'inanizione.

Le psicosi uterine non lasciano osservare alcuna impronta speciale nel loro quadro morboso. L' opinione che esse debbano avere un carattere erotico od isterico è erronea, come del resto si potrebbe indurre dalla variabilità della patogenesi.

La malattia sessuale, in quanto dà luogo a profuse mestruazioni, a leucorrea ecc., apporta in un gran numero di casi soltanto una debolezza generale della costituzione, il che induce una predisposizione alle neurosi ed alle psicosi.

In altri casi la malattia sessuale trova già la predisposizione e la rinforza, ossia figura, sulla base di questa, come causa accessoria.

L' influenza della malattia sessuale può essere:

A) *Psichica*, in quanto che si ha la sterilità colle successioni depressive dell'animo che abitualmente l'accompagnano.

B) *Direttamente neurotica*, e ciò per irradiazione, stimoli riflessi dell'utero sul cervello, o per influenze vasomotorie, o per l'intermezzo di un' iperestesia spinale *(irritatio spinalis)*. Nel primo caso si osserva talvolta la paranoia primitiva con delirio erotico, espansivo o persecutorio, talvolta anche la ninfomania. Anche i casi di malattia per vaginismo conseguente a deflorazione, (demonomania, paranoia erotico-allucinatoria, — Schüle) hanno un simile modo d'origine.

Hanno il secondo modo di origine per lo più le melanconie a decorso acuto e le manie con profondi disturbi della coscienza, i deliri erotici e demonomaniaci ed anche gli equivalenti religiosi.

Le psicosi per irritazione spinale sono paranoie primarie con delirio fisico di persecuzione (è specialmente frequente la via dell' elettricità) o la disfrenia neuralgica, come pure la

follia ragionante melanconica, cronica. L'ammettere qui una costituzione neuropatica come condizione alla malattia nervosa ultima, mi sembra più che verosimile.

c) *Umorale* per la comparsa dell'anemia. — Qui si osservano sopratutto le melanconie e, come Schüle dimostra, non di rado con delirio peccaminoso e demonomaniaco.

Connessa alle malattie sessuali è la *mestruazione* (1), le cui anomalie sono talvolta causa delle psicosi. Anche qui si può considerare un'origine *psichica*, una *neurotica* ed una *umorale*. Psichicamente può avere importanza la mancante mestruazione (amenorrea), in quanto che rinchiude il timore di gravi, inguaribili malattie od anche di gravidanza.

La causa *umorale* si rivela quando le mestruazioni profuse conducono all'anemia e creano con ciò una disposizione alla malattia, l'accrescono se esisteva e servono quindi di causa accessoria.

Importantissimi sono i casi che hanno un'origine neurotica. La ragione sta in ciò che, anche fisiologicamente, al flusso mestruale si accompagna uno stato di grande eccitabilità del sistema nervoso e di diminuita resistenza agli stimoli (Schröder, *Ziemsen Hdb.* x, pag. 305). Se l'individuo è di per sè già neuropaticamente predisposto, in uno stato di labile equilibrio, basterà la mestruazione normale a provocare dei disturbi nell'organo centrale nervoso, i quali, a seconda poi del grado della predisposizione, variano da una leggera emicrania agli stati psicopatici più gravi. Esistono anzi dei casi nei quali, ad ogni comparsa normale della mestruazione, si risvegliano i disturbi psichici e così si ha una vera pazzia periodica (vedi *Patologia speciale*). Che qui sia da incriminarsi, non il flusso sanguigno, ma l'eccitamento dei nervi ovarici compromessi

(1) Brierre, *Traité de la menstruation;* lo stesso: *Annal. méd. psychol.* xv, p. 574; Frese, *Petersburg. med. Zeitschr.* 1861, II, p. 125; Schlager, *Allg. Zeit. f. psych.* 15, p. 457; L. Mayer, *Die Menstruation im Zusammenhang mit psychischer Störung*, *Beiträge z. Geburtshilfe n. Gynäkol v. d. Gesellschaft d. Geburtshilfe in Berlin*, 1872; Storer, *insanity of women;* Schröter, *Allg. Zeit. f. psych.* VIII, H. I; Berthier, *Des névroses menstruelles*, Paris 1874.

nel periodo dell'ovulazione, insegnano certi casi nei quali i parossismi appaiono nei periodi in cui cadrebbero le mestruazioni ma che non sono contrassegnati dal flusso sanguigno.

Il legame neurotico fra questi due fenomeni deve esser ricercato nei disturbi vasomotori riflessi dai nervi ovariei sul cervello.

In certi rari casi si è osservato che certe forme di pazzia (per lo più mania acuta) tengono ad un improvviso arresto di mestrui, per paura o raffreddamento, e si è ravvisata la soppressione mestruale come causa dei disturbi psichici. Si potrebbe pensare che l'azione collaterale, vicaria esercitata sul cervello dal mestruo soppresso, sia capace di determinare l'alterazione di quello.

Ma per regola generale la psicosi e la mestruazione soppressa sono coeffetti della stessa causa ed entrambi di origine vasomotoria. Anche l'amenorrea cronica, incolpata da molti come causa, è, almeno dal punto di vista dell'origine somatica, non causa, ma fenomeno concomitante di una psicosi; la cui causa risiede in un disturbo di sviluppo, o in una malattia dei genitali, in una cachessia od in altro disturbo di nutrizione.

Malattie degli organi genitali dell' uomo (1). — Esse hanno generalmente un giuoco causale assai piccolo e sono, per regola, piuttosto sintomi di uno stato neuropatico congenito o di uno acquisito per eccessi sessuali, specialmente per masturbazione.

Ciò va detto segnatamente per la spermatorrea e l'impotenza. Una vera e genuina psicosi (melanconia, melanconia-ipocondriaca) può in questi casi manifestarsi solo in base ad una forte disposizione congenita od acquisita. *L'impotentia psichica coeundi*, la quale viene negli individui sessualmente deboli, si origina per la diffidenza dell'individuo riguardo alla propria potenza in seguito al primo insuccesso o sotto l'impressione vergognosa di esso, talchè si ha una specie di idea fissa arrestatrice, che manda a male ogni ulteriore tentativo. Questo è già di

(1) Cfr. l'interessante lavoro di Curschmann, *Ziemssen 's Handb.* IX. pag. 360; Lisle, *Arch. génér. 1860*, sett. e ott. (sulla spermatorrea).

per sè un fenomeno patologico, il quale può condurre a una profonda melanconia ed anche al suicidio.

Parimenti per ragione psichica, nei neuropatici indeboliti da eccessi sessuali si osserva talvolta una melanconia ipocondriaca con delirio di esser sifilitici, mentre all'esame non si trova che qualche innocente escoriazione, un po' di balanite o di gonorrea.

Eccessi sessuali.

Sono in generale da incriminarsi come cause, in quanto che indeboliscono ed esauriscono il sistema nervoso. Essi possono indurre una predisposizione alla pazzia, aumentarla se preesiste e servire come causa accessoria.

Il giudizio relativo al significato etiologico degli eccessi sessuali deve essere sempre soltanto individuale. Contro quest'influenza nociva i diversi individui reagiscono in modo diverso.

Si deve por mente in prima linea alla costituzione, poi ad altri momenti nocivi (insufficiente nutrizione, sforzi mentali e corporei) che potessero aver agito contemporaneamente.

È sopratutto difficile fissare in modo concreto il punto in cui la frequenza dell'atto sessuale deve considerarsi come abuso.

In generale può dirsi che, più è precoce l'età in cui si compiono frequentemente gli atti sessuali, più grande è l'influenza nociva di questi, e che le donne, in cui l'atto sessuale non è collegato ad un consumo nervoso così intenso come nell'uomo, sopportano più facilmente gli eccessi stessi.

Nel praticare il giudizio sugli eccessi sessuali si deve tuttavia sempre pensare alla possibilità che un modo di vita sessualmente eccessivo può essere, non la causa, ma il sintoma speciale di una malattia mentale (mania, demenza paralitica e senile), della labe degenerativa (per lo più ereditario-neuropatica). Il significato degli eccessi in non pochi di questi casi si è quello di un momento debilitante, soltanto accessorio.

Di grande importanza appare finalmente, riguardo al significato eziologico, il fatto se gli eccessi sessuali siano naturali o perversi (onanismo).

A) *Naturali* (1). — Gli eccessi sessuali esercitano una diversa influenza debilitante ed esauriente sul sistema nervoso e ciò avviene direttamente per via neurotica. È molto maggiore quest' influenza negli uomini che nelle donne, più grande nei celibi che nei coniugati, massime nell'età giovanissima o molto avanzata. Il significato di questi eccessi è specialmente aumentato dalla costituzione neuropatica, che per l'appunto è il fondamento frequente di un istinto sessuale precoce e forte. Ma anche senza di quella possono gli abusi in via naturale condurre a malattia.

I disturbi mentali acquisiti in seguito a queste influenze nocive sono vere psicosi da esaurimento; in prima linea si ha la demenza paralitica, la cui eziologia Neumann limita esclusivamente a questo campo. Inoltre si possono avere gravi manie e melanconie, le ultime spesso a colorito ipocondriaco.

B) Pieno di significato etiologico è l'onanismo (2), che si verifica in tenera età e di frequente si collega ad una costituzione neuropatica. Anche la circostanza che l'onanismo dà luogo ad un eccitamento inadeguato, non fisiologico del sistema nervoso, al contrario di quanto avviene pel coito, riesce aggravante. Nel coito trattasi quasi di un atto riflesso automatico, nell'onanismo di uno volontario, più o meno forzato e quindi si ha maggior consumo di materia nervosa che ha tanta importanza funzionale. In modo analogo gli atti volontari (simulazione della mania, dell'epilessia) conducono molto prima alla stanchezza ed all'esaurimento che non gli spontanei.

Anche la circostanza che l'onanismo riesce più nocivo quando l'eiaculazione è eccitata per l'aiuto della fantasia, per l'evocazione di quadri lubrici, è favorevole all'opinione già emessa.

(1) Flemming, *Psychosen*, p. 541; Neumann, *Lehrb. d. Psych.*, pag. 136; Plagge, *Memorabilien*, VIII, 1863.

(2) Nasse, *'s Zeitschr. 1885*, I, p. 205; Claude, *Revue méd. 1849*, maggio; Guislain, traduz. Lähr, p. 225; Flemming, *Psychosen*, p. 141; Nasse, *Allg. Zeit. f. Psych.* 6, pag. 369; Ellinger, *id.* 2; Ritchie, *The Lancet, 1861*, febbr. e marzo; Maudsley, *Journ of ment. science, 1868*, luglio; Sziæ, *id. 1874;* v. Krafft, *Allg. Zeitschr. f. Pysch.* 31 e *Irrenfreund, 1878*, 9. 10.

Ha un ufficio molto esauriente anche la così detta onania psichica, vale e dire l'emissione del seme per eccitamento della fantasia, senza l'atto masturbatorio.

Se l'onanismo, nell'uomo già maturo sessualmente ed esente da disposizioni, possa essere per sè una causa di pazzia è cosa per lo meno questionabile; una masturbazione in età non ancor capace a generare può produrre un tale effetto. Se in questa età la masturbazione si collega ad una disposizione neuropatica, conduce presto all'imbecillità, talvolta anche alla epilessia. Per gli uomini già maturi e non disposti, può l'onanismo avere presso a poco lo stesso significato funzionale dell'atto sessuale naturale, ma non ne ha uno uguale psichicamente, poichè esso include sempre qualche cosa di vergognoso, di deprimente il senso morale e l'amor proprio; quindi l'onanismo ha sempre il significato di una influenza nociva psichica, la quale può rendersi valevole in date circostanze.

In quali proporzioni esista la masturbazione nel sesso femminile e come sia grande il suo effetto nocivo, è cosa che si sottrae ad un esatto apprezzamento: in ogni modo però essa è più frequente e più importante, secondo l'esperienza dei ginecologi (1) e degli alienisti, di quello che non si creda dai profani.

Mentre gli eccessi sessuali naturali esercitano piuttosto una influenza esauriente sul cervello, la masturbazione indebolisce maggiormente le funzioni spinali.

Le influenze della masturbazione sugli organi centrali sono molteplici, difficili a discernersi fra loro e dalle disposizioni neuropatiche; spesso servono soltanto ad aumentare queste ultime.

Nel campo cerebrale i disturbi si manifestano spesso e presto sotto specie di disturbi formali delle idee (difficile riproduzione, turbata associazione, ecc.) e come sintomi di insufficienza mentale e di esaurimento. I malati si lagnano che il loro pensiero, la loro volontà sono paralizzati, che l'acutezza della

(1) Cfr. Amann, *Ueber den Einfluss der weiblichen Geschlechtskrankheiten auf das Nervensystem*, *München 1874*.

loro penetrazione e la loro memoria sono indebolite, che i loro poteri comprensivi ed espressivi hanno sofferto.

Anche il tono delle idee, il colorito delle sensazioni sono indeboliti e possono persino mancare. I malati sono privi di attività e d'energia, distrutti, incapaci di attendere allo studio, cadono in una rassegnazione ottusa e brutale al proprio destino, colla sconsolante prospettiva di divenire dementi.

Anche la sfera affettiva è interessata in modo molteplice. In alcuni casi di Nasse (*Allg. Zeit. f. Psych.* VI, pag. 369) si osserva une manchevolezza di affetti, in altri una grande labilità nell'umore, con depressioni ipocondriache temporanee (timor della tabe, rimproveri contro sè stessi per il vizio riconosciuto causa dei loro guai, ma tuttavia indomabile, fino alla disperazione, dove però i malati assumono piuttosto l'attitudine di martiri del destino che di peccatori pentiti), esaltamento, tendenza al fanatismo religioso ed al misticismo. D'onde irritabilità, malumore, imbarazzo, dovuti in parte alla spiacevole idea che gli altri riconoscano il brutto vizio. Portamento incerto, fiacco.

Per tal modo si ha un esercito di disturbi nervosi e nutritivi, che si è abituati a chiamare irritazione spinale e neurastenia. Dolore e peso al capo, sbalordimento, insonnio o sonno non riparatore, turbato da sogni brutti ed affannosi, da paure e da sussulti; vertigini, ombre nere davanti agli occhi. Iperstesia uditiva e rumor d'orecchi, flussioni al capo, accessi d'ansia, respiro difficile, oppressione, palpitazione, *delirium cordis*, grande variabilità nella frequenza del polso, aumentabile ad ogni sforzo od emozione; facile l'arrossamento e il pallore ecc., sono i principali fenomeni vasomotori e neurotici del quadro morboso. Vi si associano anche dei disturbi nei processi vegetativi: anemia, dispepsia, costipazione, diarrea.

Nella sfera delle funzioni spinali abbiamo un senso di accidia, languidezza, debolezza, stanchezza, instabilità delle membra, paralgesie (iperestesie, brucior alla pelle, dolori sfolgoranti, sensazioni paralgiche di freddo e caldo), neuralgie intercosto-lombari, ai testicoli ecc. Con ciò si ha un aumento

dell' eccitabilità riflessa fino ad aversi le convulsioni riflesse cloniche o toniche, gli accidenti epilettiformi, il tremore alle mani ecc.

L' influenza della masturbazione sulle funzioni psichiche può manifestarsi per più vie:

1° La masturbazione è legata ad una costituzione neuropatica e allora aumenta i pericoli di questa e diviene una causa accessoria della pazzia.

2° La masturbazione si ha in un individuo non predisposto e allora lo conduce ad uno stato neuropatico, in base al quale una causa occasionale può dar luogo allo scoppio della pazzia.

In entrambi i casi fra onanismo e psicosi trovansi, come fenomeni clinici intermedi più o meno considerevoli ed abbondanti, quelli della neurastenia cerebro-spinale, di cui si è già parlato.

Può la predisposizione essere congenita, essere resa potente dalla masturbazione o originarsi da questa, e così vi potrà essere un triplice modo d'origine della pazzia.

a) *Origine psichica.* — Si tratta di affetti di pentimento, vergogna, angoscia per le conseguenze del vizio, in connessione alla coscienza spiacevole che la forza della volontà non è più sufficiente a lottare colla tendenza alla masturbazione. Abitualmente le emozioni che conducono per tal modo alla malattia sono evocate dalla lettura di certi libri popolari speculativi (*Retau*, *Laurentius* ed altri) che dipingono le conseguenze del vizio con colori troppo foschi e soprannaturali. Le psicosi che si originano in questo campo sono melanconie, massime ipocondriache, con timore della tabe e della tisi.

b) *Origine somatica neurotica.* — E qui:

A) La psicosi appare in forma di esaurimento neurotico diretto dell'organo psichico. Si ha in tal caso la demenza progressiva primitiva (non di rado con stati di agitazione ansioso-maniaca), l' imbecillità morale, con o senza atti impulsivi perversi, la demenza acuta primitiva guaribile e finalmente il quadro della pazzia allucinatoria a contenuto demonomaniaco o religioso.

B) La psicosi si presenta con fenomeni spinali irritativi. In questo caso i fenomeni dell'irritazione spinale precedono lo scoppio della malattia e l'accompagnano nel decorso servendole di base somatica. Si osserva il quadro della melanconia ipocondriaca con disturbi sensitivi ed emotivo-intellettuali (disfrenia neuralgica). Ma per lo più sul fondo neuropatico si costruisce l'edifizio della paranoia primaria con un nucleo di persecuzione fisica, quale interpretazione allegorica dei disturbi sensitivi.

Di frequente, in questi casi ad origine neurotica masturbatoria, si osservano episodicamente allucinazioni olfattive.

Gravidanza — Parto — Puerperio — Allattamento (1)

Vicino subito all'influenza debilitante degli eccessi sessuali, massime nell'uomo, abbiamo l'influenza esauriente della gravidanza e del puerperio nella donna. Questi fattori costituiscono per lo meno un equivalente degli eccessi sessuali dell'uomo e figurano su 100 donne del manicomio il 17,8 0[0 come cause disponenti od accessorie.

Ad ogni modo quando le fasi fisiologiche costituiscono un momento etiologico, sono sempre da tenersi in conto le disposizioni le quali hanno una grande importanza.

Fürstner trovò la labe ereditaria nel 61,7 0[0 dei suoi casi, Ripping solo nel 44,2 0[0: questi trovò all'opposto una disposizione acquisita e significativa massime nei momenti debilitanti antigienici della vita dei magazzeni che gli fornirono il maggior contingente d'osservazione.

Pieni di significato etiologico sono inoltre la costituzione neuropatica, la clorosi, l'anemia, i parti ripetuti e difficili, il prolungato allattamento, le gravi malattie, le profuse mestruazioni, e in breve tutti quei momenti che indeboliscono la costituzione.

(1) RIPPING, *Geistesstörungen der Schwangeren* etc., 1877 (con dettagliata letteratura); SCHMIDT, *Arch. f. Psych.* XI, H. 1.

La forma più frequente è la pazzia del puerperio (9,2 0[0 delle ammissioni), poi viene quella del periodo dell'allattamento (5,6 0[0), finalmente quella della gravidanza (3,1 0[0).

a) *La pazzia della gravidanza* si verifica per lo più nei tre ultimi mesi.

Ripping dà grande importanza etiologica ai disturbi della circolazione cerebrale che si associano all'incremento dell'utero e alla deviazione nutritiva della placenta, come pure alle alterazioni chimiche del sangue durante la gravidanza.

Il maggior contingente che dànno alla pazzia le gravide illegittime si spiega per le condizioni affannose della vita di queste, come pure pel pensiero del loro avvenire. La forma morbosa sotto la quale si manifesta la pazzia nelle gravide è per lo più la *melanconia*, di rado la *mania* (1). Quella forma (molto rara) che si manifesta nei primi mesi di gravidanza è per lo più di breve durata e di prognosi fausta. La pazzia degli ultimi mesi non scompare menomamente col parto, talvolta anzi in seguito a questo aumenta fino alla mania grave. La media durata della malattia è di 9 mesi: le recidive nelle gravidanze successive sono frequenti.

b) I disturbi psichici durante l'atto del parto (2) sono transitorii. Si accompagnano a profondi disturbi della coscienza. Per lo più si tratta di affetti patologici, massime nelle puerpere illegittime, in seguito alla posizione senz'aiuto, alla vergogna pel perduto onore, al timore che rimangano le traccie del parto, alla paura dell'avvenire. Oltre a ciò, in seguito ai dolori del parto, si verificano degli stati di agitazione furiosa, con delirio e consecutivo esaurimento, come pure dei casi di mania transitoria, di delirio isterico, epilettico, ecclampsico.

(1) Schmidt trovò la mania il 31,3 0[0, la melanconia il 52,9 0[0, la paranoia il 10 0[0, la demenza paralitica il 5,8 0[0; io su 5 casi ne trovai 4 di melanconia, 1 di demenza paralitica.

(2) v. Krafft, « *Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins* », Erlangen, 1868, p. 112 (con letteratura).

c) *Pazzia puerperale.* — La patogenesi è oscura.

L'etiologia accenna a cause predisponenti, le quali consistono parte nella costituzione ereditaria e neuropatica, parte in clorosi, anemia, anomalie uterine, influenza debilitante delle malattie pregresse, emorragie, allattamento protratto, parti ripetuti con molta frequenza e finalmente nel timore, nell'ansia delle gravide illegittime.

Come cause accessorie si annoverano le emozioni, la mastoite, le malattie febbrili somatiche. La soppressione dei lochi o della secrezione lattea, spesso incriminate dai profani come cause, sono sintomi e non cause della malattia.

Nelle forme morbose che si presentano nelle prime settimane del puerperio, le cause consistono a preferenza in emorragie, cattiva nutrizione, emozioni, intrapreso allattamento, mastoite, infiammazione dell'utero e suoi annessi. In quelle che appaiono dalla quarta alla sesta settimana, le cause risiedono in disturbi legati al riapparire delle mestruazioni, massime la menorragia.

Dalle osservazioni di Ripping e Schmidt si rivela la significante influenza dei disturbi di nutrizione (diminuzione nel peso) nel puerperio, in quanto che i pesi all'ingresso e alla uscita nelle singole pazienti danno differenze persino di 29 chilogrammi, e la psicosi guarisce quando il peso comincia a crescere.

Per lo più la pazzia puerperale si rivela dal quinto al decimo giorno del puerperio. Non si manifesta come forma specifica ed è perciò ingiustificata la denominazione di « mania puerperale ». D'altra parte la mania è la forma più frequente colla quale si verifica la pazzia puerperale (1).

Nelle prime due settimane del puerperio si osservano dei casi di mania transitoria, di febbre puerperale con delirio, di

(1) Schmidt trovò il 48,7 0[0 di manie, il 38,9 0[0 di melanconie, il 5,5 0[0 di paranoie, il 5,5 0[0 di demenze acute, l'1,4 0[0 di pazzie circolari.

Io su 38 casi osservai 17 manie, 4 melanconie, 10 deliri sensoriali, 1 paranoia primaria, 6 demenze acute.

delirio da inanizione e di psicosi puerperale (più spesso mania o delirio allucinatorio, più di rado melanconia, talvolta ancora demenza primitiva guaribile). La proporzione della mania alla melanconia è di 3 ad 1.

I disturbi psichici che si notano nelle ultime settimane del puerperio sono in forma di mania o di melanconia.

Mania puerperale. — I fenomeni prodromici sono talvolta quelli di una disposizione melanconica, la quale si limita alla depressione affettiva e alla facilità al pianto; per lo più invece consistono in fenomeni di esaltamento maniaco (agitazione motoria, grande energia, iperattività ideale, loquacità, insonnio). È singolare la brevità dello stadio prodromico e la mitezza dei sintomi in paragone di quanto si ha nelle psicosi analoghe, ma non puerperali.

Dopo uno o pochi giorni di questo stadio prodromico si giunge subito senz'altro all'acme della mania, che ha un decorso continuo e remittente. Un grande giuoco nel delirio della mania puerperale hanno le illusioni sensoriali; queste sono generalmente l'avanguardia dei sintomi della mania puerperale e sono la base predominante di essi, talchè si potrebbe parlare di una pazzia allucinatoria (Fürstner).

La durata della malattia varia da 6 ad 8 mesi (secondo Schmidt fino a 10 e più mesi), ma si danno tuttavia dei casi abortivi. La prognosi è generalmente fausta. La malattia finisce colla guarigione, ma nel maggior numero dei casi passa per uno stadio di stupidità che si vede mancare soltanto nei casi più leggeri (casi abortivi). Il ricordo di questo stadio di profondo esaurimento mentale è assai incompleto. Da esso il malato passa rapidamente o gradatamente allo stato normale.

La mania puerperale non offre alcun sintoma specifico. Non è vero che il delirio abbia un carattere prevalentemente erotico. I sintomi differenziali di questa forma colla mania non puerperale sono la brevità dello stadio prodromico, la leggerezza dei sintomi di questo (talchè la malattia sembra primitiva e rapidamente si eleva al suo acme), la comparsa di primo acchito delle illusioni sensoriali e la loro predominanza nel quadro

morboso (Fürstner). In generale si hanno delle forme gravi di mania, con disturbi cospicui della coscienza. Per la lunga durata e per l'intensità della malattia si capisce come non sia mai mancante lo stadio di esaurimento stuporoso segnalato da Fürstner.

La rara *melanconia puerperale* è prognosticamente meno fausta della mania e dura all'incirca 9 mesi. È singolare anche in questi casi il profondo disturbo della coscienza, che tiene palesemente all'esaurimento, ed il colorito demente del quadro morboso. Schmidt fa notare l'aspetto arcigno, il contegno distratto, sonnolento, smemorato, apatico di queste malate, poi le frequenti allucinazioni e gli intercorrenti accessi di ansia.

Anche dopo l'aborto, quando vi fu una copiosa emorragia, può aversi la pazzia puerperale. Qui si tratta, come avviene sempre per le forme che tengono ad un disturbo acuto nella nutrizione cerebrale (anemia), di illusioni sensoriali, massime visive. Anche le convulsioni non sono rare. La prognosi è fausta. La durata media, secondo Ripping, è di 5 mesi.

D) *Pazzia dell'allattamento.* — La pazzia dell'allattamento è sempre basata sopra un fondo anemico. Servono come predisponenti i parti difficili, le malattie generali o locali che obbligano al letto per settimane. Di rado la psicosi si presenta prima del terzo mese di allattamento. Prepondera il quadro della mania, è raro quello della melanconia (1). La prognosi non è infausta, ma meno benigna di quella della pazzia puerperale. La durata media è di 9 mesi stando alle statistiche dei manicomi.

L'importanza pratica di questi gruppi psicopatici etiologici giustifica alcune considerazioni terapeutiche. Sopratutto all'ingresso della malata si faccia bene l'esame obbiettivo, si applichi il termometro e si guardi se vi fosse in corso qualche processo

(1) Schmidt trovò la mania il 42 0[0, la melanconia il 40 0[0, la demenza acuta il 6,7 0[0, la demenza paralitica il 3,4 0[0.

Io in 29 casi osservai 19 volte la mania, 6 la melanconia, 3 il delirio sensoriale, 1 il delirio acuto.

puerperale valevole a spiegare la febbre. L'evidente base anemica di queste psicosi consiglia il riposo in letto e la buona nutrizione. La sitofobia non deve essere a lungo tollerata dal medico. I clisteri di succo di pancreas consigliati da Leube possono essere utili. Sono indicati i tonici, massime il ferro (albuminato, peptonato di ferro, ferro dializzato), l'estratto di segala cornuta, la noce vomica, la china (estratto freddo) nel vin di malaga; è utile anche alternare il vino alla birra.

L'insonnio, che non riceve gran giovamento dalla morfina, è assai meglio combattuto coll'estratto d'oppio unito al chinino. Riescono ottimi gli eccitanti, specialmente la birra. Secondo le circostanze giovano il cloralio per clistere, gli impacchi umidi, i suppositori di monobromuro di canfora, le iniezioni sottocutanee di canfora. Quando non vi è grande anemia ed esiste flussione al cervello, massime se è unita ad un esaltamento dell'azione cardiaca, si tentino i bagni tiepidi.

Si porti l'esame sui genitali e sul frequente abuso delle funzioni loro, alla masturbazione successiva a qualche stimolo periferico.

Le mestruazioni sono spesso profuse e servono perciò come momenti occasionali debilitanti. È necessario in tali casi regolare questa funzione coi mezzi ben noti (segala cornuta ecc.) per evitare delle perdite di sangue nocive.

La pazzia per intossicazione.

Alcool (1).

Sopra tutte le sostanze che riescono deleterie al sistema nervoso centrale, l'alcool col suo abuso tiene il posto predominante.

(1) Magnan, « *De l'alcoolisme* », Paris, 1874; Böhm, *Ziemssen's Handb.*, xv, Bär, *Der Alkoholismus,* Berlin, 1878 (monografia importante); v. letteratura sull'alcoolismo cronico, nel vol. ii di questo trattato.

L'uso dell'acquavite è divenuta una piaga popolare, che non solo conduce individui, ed intere popolazioni (per esempio la Galizia) alla miseria, ma che altresì porta delle profonde ferite alla prosperità morale, intellettuale e somatica.

La tendenza a far uso di questo mezzo è aumentata dall'abitudine la quale, conservandosi, viene trasmessa per eredità parte direttamente, parte indirettamente; viene quindi trasmessa alla posterità una costitnzione debole ed una tendenza istintiva all'abuso del mezzo in discorso (Baer). Il trasporto per gli alcoolici rimane spesso latente finchè il sistema nervoso non sia divenuto astenico e sofferente (1) dopo una grave malattia acuta o cronica, dopo emozioni od altro.

Accanto ai casi numerosi e tristi di delinquenti e suicidi, per influenza diretta o ereditaria esercitata dall'alcool, l'abuso di questo è altresì una causa importante della pazzia.

Secondo lo stato civile, la nazionalità, il clima, il numero dei pazzi per alcool varia fra $^1/_9$ ed $^1/_3$ degli ammessi in un manicomio. Qui però non sono calcolati tutti quei beoni abituali, i quali rimangono in società a danno della famiglia e della morale e sicurezza pubblica.

Le vie per le quali l'alcool esercita la sua influenza nociva sul sistema nervoso sono molteplici. In prima linea dobbiamo porre l'influenza paralizzante dell'alcool sul cervello, in parte vasomotoria, in parte chimica ed alterante i tessuti. Essa produce la dilatazione dei piccolissimi vasi, la degenerazione ateromatosa dei piccoli e crea un terreno favorevole alle apoplessie. L'influenza vaso-paralizzante si rivela colla dilatazione delle vie vasali (tono diminuito) e degli spazi linfatici, coll'emigrazione di corpuscoli bianchi, con diffuso opacamento ed ispessimento dell'aracnoide e della pia, con usura del cranio per opera delle granulazioni pacchioniche. Non è rara inoltre la pachimeningite emorragica.

(1) In modo analogo si arriva all'abuso della morfina, del cloralio, dell'oppio. È degno di nota come spesso durante uno stato neurastenico siano tollerate delle dosi straordinariamente alte.

Per l'azione eccitante dell'alcool sul cuore si osservano da principio delle flussioni, le quali sono aumentate altresì per l'ipertrofia del muscolo cardiaco.

Negli stadi ulteriori il cuore degenera in grasso e si osservano perciò, come anche per le vaso-paresi, delle degenerazioni ateromatose dei vasi, dei disturbi di circolo considerevoli.

Indirettamente soffre la nutrizione dell'organo psichico per le alterazioni del sangue (idroemia, diminuzione della fibrina), come pure per i profondi disturbi della nutrizione generale, del ricambio materiale, in seguito a degenerazione grassa del fegato, pei catarri cronici di stomaco con degenerazione grassa degli elementi glandulari di questo, per la cirrosi del fegato, per le nefriti croniche interstiziali e parenchimatose.

Il vizio del bere esercita altresì un'influenza psichica in seguito al conflitto sociale nel quale l'ubbriacone ogni giorno si trova, alla ruina del suo stato finanziario, della felicità domestica, dell'onore di cittadino.

Si noti finalmente che il bere è di frequente un mezzo di reagire al cordoglio, ai pensieri, ai rimorsi e quindi avremo riuniti due importanti fattori per la produzione della pazzia.

Dell'azione molto più deleteria dell'alcool amilico in confronto a quella dell'etilico, abbiamo già parlato in addietro. Specialmente deleterio è il liquore d'assenzio usato in Francia ed in Svizzera (1).

Non di rado all'influenza nociva degli eccessi alcoolici, si associano tutti i momenti somatici (fame, freddo, bisogni d'ogni specie) e psichici (conflitti, pericoli) della miseria, della dissolutezza e di una vita randagia ed avventuriera.

Bene spesso un metodo di vita così singolare, come pure la propensione crescente per l'abuso dell'alcool, è il sintoma di una malattia mentale (demenza con tendenze perverse, pazzia morale). Il significato etiologico degli abusi alcoolici è in parte

(1) Magnan, « *De l'alcoolisme* », Paris, 1874; lo stesso, *Annal méd Psych. 1874*, p. 302, e *Gaz méd 1859*, 5.

quello di una causa predisponente, in quanto che costituisce nel sistema nervoso un *locus minoris resistentiæ* od anche lo altera anatomicamente (alcoolismo cronico), in modo da non poter più con forza sopportare l' influenza di danni accessori; in parte poi gli eccessi alcoolici divengono cause occasionali in un cervello per caso predisposto. Queste predisposizioni possono essere: la labe ereditaria, la debolezza funzionale in seguito ad eccessi, le malattie esaurienti, i traumi al capo, le malattie organiche cerebrali, gli affetti dolorosi o della collera (bere per scacciare i dispiaceri).

Sotto tali circostanze può bene un accesso alcoolico dar luogo ad una psicosi. Esiste altresì nel maggior numero di questi stati predisponenti una facoltà debole assai di resistere all'influenza vaso-paralizzante e direttamente tossica dell'alcool.

Quando gli eccessi alcoolici si collegano ad una psicosi già esistente (melanconia, mania, demenza paralitica), quelli aumentano l' intensità di questa. (La melanconia è portata al *raptus*, l' esaltamento maniaco all'acme del furore).

Quelle psicosi sulla cui origine gli abusi alcoolici esercitano un ufficio causale, hanno (come già lascia scorgere la varietà della patogenesi e l' importanza del momento causale) un' impronta clinica diversa. Tuttavia non è a negarsi che, là dove l'abuso di alcool è l'unica e prevalente causa della malattia, il quadro morboso ritiene un carattere specifico; in tali casi è giustificato il parlare di psicosi alcooliche. La trattazione di queste appartiene alla patologia speciale e sarà esaurita nel capitolo: « Alcoolismo cronico colle sue complicazioni », Vol. 2°.

Nei casi in cui l' abuso di alcool ha soltanto il significato di una causa occasionale e non unica, le psicosi che ci si presentano non ritengono alcun carattere specifico. Tutt' al più (quando poco tempo prima dell'esordio e durante i disturbi psichici vi erano stati eccessi alcoolici), trovansi le orme di un'intossicazione alcoolica accanto al quadro morboso; come pure delle allucinazioni episodiche estranee al quadro morboso, le quali ricordano i deliri sensoriali dell' alcoolismo cronico, massime del *delirium tremens*.

Anche quando gli accessi alcoolici sono l'unica o prevalente causa occasionale, in un individuo predisposto per eredità, traumi al capo od altro, spesso si rivelano dei sintomi indipendenti (oltre alle ricordate orme dell'intossicazione alcoolica ed a certe visioni sospette di fiere, di diavoli, ecc.), che niente conchiudono per l'origine alcoolica di quella forma.

Tuttavia però il decorso di tali psicosi, pel modo acuto di originarsi e pel rapido risolversi, rivela per lo meno la natura sintomatica dell'affezione. Se si osservano inoltre dei fenomeni congestivi al cervello, sarà per lo meno verosimile, unitamente agli altri segni, il riconoscere l'influenza prevalente dell'alcool sull'origine della malattia.

Narcotici.

Come in Occidente l'abuso dell'alcool sconcerta i nervi e conduce alla degenerazione psichica, analogamente avviene riguardo all'abuso d'oppio degli orientali e dei chinesi (1).

Anche la canape indiana *(haschisch)* conduce al delirio e alla pazzia.

Si hanno raramente dei disturbi mentali e per lo più fortuiti, dietro l'uso del giusquiamo, della cicuta, dello strammonio, della belladonna (2), e dei funghi velenosi.

Anche dietro l'uso medicinale dell'atropina (3), si sono osservati dei disturbi psichici. Così Michéa, che curava gli epilettici coll'atropina, e giunse in certuni alla dose di 0,01 per giorno, osservò ottusità intellettuale, apatia, lingua pesante, difficile pronuncia di certe parole, facile traballamento, imbarazzo manuale, leggera anestesia.

Kowalewsky osservò *psicosi da atropina* (pazzia allucinatoria) in un oftalmico curato con questa sostanza. Dopo una grande

(1) V. per questa e per le altre sostanze: MOREL, *Traité des dégénéresc.* Paris, 1857.

(2) V. dell'autore: « *Transitor. Störungen des Selbstbewusstseins* », pag. 40 e seg.

(3) MICHÉA, *Gaz. des hôpit. 1861;* KOWALEWSKY, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 36, p. 431.

dose il malato vedeva lo splendore del sole, delle bestie feroci, molta gente, sul corpo sentiva una gran quantità d'insetti. Il paziente era tutto compenetrato nelle sue allucinazioni. Pel resto si osservarono tutti gli altri segni dell' intossicazione atropinica. Guarigione dopo 10 giorni coll' uso della morfina.

I disturbi psichici consecutivi all'uso della segala cornuta (1) e persino epidemici, sono da lungo tempo noti.

Fra 11 casi recentemente descritti da Siemens, se ne trovano 10 colla forma dello stupore, 1 colla forma del disordine allucinatorio acuto, tossico (decorso burrascoso, allucinazioni visive abnormemente gaie od angosciose). I casi di stupore erano caratterizzati da grande anestesia e generale depressione delle funzioni mentali, in connessione a convulsioni epilettiformi. Oltre a ciò si aveva cachessia, amenorrea, scomparsa del fenomeno rotuleo, più spesso ancora atassia delle estremità, balbettamento. Come prodromi dello stupore spesso si notarono dei disturbi sensoriali, ansia precordiale, eccitamento maniaco delirante, con amnesia. La terapia consistè in dieta corroborante, vino generoso, bagni caldi.

Si è molte volte osservato che l' abuso del tabacco (2), come dà luogo a certe neurosi (angina pectoris, neurastenia, ambliopia), può dar luogo a delle malattie mentali (massime la paralisi).

Richter in proposito osservò degli stati di pesantezza al capo, irritazione spinale, angina pectoris, collegati ad anomalie del carattere. La patogenesi deve essere ricercata nella turbata nutrizione centrale (anemia) dietro l'influenza vaso-costrittrice della nicotina (irritazione del centro vasomotorio del bulbo) e nei disturbi trofici diretti. La prognosi è fausta a patto della astinenza di quella sostanza, unita all' uso dell' ioduro di potassio, all' idro ed elettro-terapia.

(1) Siemens, *Arch. f. Psych.*, XI, H. 1 e 2.

(2) Richter, *Arch. f. Psych.* X, H. 1 (letteratura); Laskievicz, *Psych. Centralbl.* 1878, p. 107; Clemens, *Deutsche Klinik*, 1872, Nr. 27-28; Stugocki, *Thèse de Paris*, 1867.

Fra le sostanze vegetali dobbiamo finalmente annoverare il *maiz*, il quale, sia esso guasto, oppure preso come nutrimento esclusivo (Italia settentrionale), produce i fenomeni della così detta *pazzia pellagrosa* (1) (melanconia con impulsi suicidi, massime per annegamento — Idromania di Strambio).

Anche per l'abuso di cloroformio (2) si son visti ingenerarsi disturbi psichici a carattere degenerativo (pazzia periodica, pazzia morale).

Negli individui disposti si può verificare un delirio furibondo durante l'inalazione del cloroformio (3).

Le influenze nocive dell'abuso di assenzio (4) e degli olii eterei congeneri sono state molto studiate dai medici francesi e si sa che producono gravi deliri tossici analoghi a quelli dei dipsomani, con idee di persecuzione ed agitazione maniaca.

Veleni metallici (5). — Negli operai i quali debbono lavorare sul piombo e sul mercurio si verificano, oltre a fenomeni somatici più o meno considerevoli dell'avvelenamento cronico relativo, anche dei disturbi nella sfera psichica. Le disposizioni individuali, il tenore di vita, i momenti debilitanti, quali l'abuso di alcool e gli eccessi sessuali sono in questi casi incriminabili come cause adiuvanti.

Psicosi da piombo (6). — Si hanno non di rado nei pittori e nei minatori, con o senza altri fenomeni d'intossicazione

(1) Morel, *Traité des dégénéresc.*, p. 257; Lombroso, *Contributo clinico alla Psichiatria* (traduzione tedesca di Fränkel); Cazenove, *L'Union Méd.* 1851, 85. 104 e *Moniteur des hôpit.* 1857, 20; Billod, *Annal. méd. psych.* 1859, p. 161; Teilleux, *id.* 1866, p. 177.

(2) Webster, *Insanity from Cloroform*, *Journ. of psychol. med.* 1850, aprile; Pleischel, *Wien. med. Wochen.* 1852, Nr. 15; Böhm, *Ziemssen Handb. XV*, p. 139; Büchner, *(in Husemann l. c. p. 682)*; Merie, *Med. Times*, 1855, nov.; Schüle, *Handb.* p. 350.

(3) Güntner, « *Seelenleben der Menschen* », 1868, p. 173; *Friedreich 's Blatter* 1855, H. 5; Bouisson, *Journ. de la soc. méd de Montpellier*, 1847, agosto.

(4) Motet, *Considérations sur l'alcoolisme,* Paris, 1859; Legrand du Saulle, *La folie*, p. 540.

(5) Falk, *Wirchow 's Handb. II*, p. 214; Naunyn, *Ziemssen 's Handb. XV*, pag. 278.

(6) Bartens, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 37; Ullrich, *id.* 39, pag. 240; Devouges, *Ann. méd. psychol.* 1856, p 521; Régis, *id.* 1880, sett.

saturnina. Bartens dà come prodromi di un tale stato il dimagrimento, i disturbi gastrici, il colorito terreo del viso, il colletto bluastro delle gengive. In seguito vengono i disturbi sensoriali (vertigini, cefalea, illusioni uditive, sonno cattivo), il malumore, il senso d' oppressione, l' irritabilità fino al delirio elementare di persecuzione, le allucinazioni terrifiche temporanee. Gl' insulti epilettici, le paralisi, le convulsioni possono talvolta preannunziare la malattia.

Si danno dei casi acuti di delirio allucinatorio transitorio (mania transitoria da piombo — Wunderlich), che si originano primitivamente o dopo uno stupore prodromico allucinatorio. Nell' acme si ha una grande agitazione con segni di irritazione cerebrale, insonnio. La durata è al più di alcuni giorni. Nei casi più benigni si ha la guarigione dopo un periodo di sonno o di stupore; in altri casi l' esito è un disordine mentale cronico, oppure la morte sotto fenomeni epilettici e comatosi.

Le psicosi croniche da piombo sono stati deliranti, tossici, allucinatori, i quali stanno vicino alla paralisi. Bartens ha osservato 9 casi di delirio sensoriale. Si osservano cospicue allucinazioni (vista, udito, tatto, gusto), deliri terrifici di persecuzione, gravi disturbi della coscienza fino a non conoscere la propria posizione ed i vicini, accessi di ansia con tentativi di suicidio. Unitamente a ciò si notano rapido dimagramento e disturbi motori. Solo un caso lasciò osservar la guarigione. Le psicosi pseudo-paralitiche da piombo cominciano acutamente con sensazioni moleste (mal di capo, stordimento), insonnio, ansia precordiale, allucinazioni terrifiche, delirio di persecuzione e di avvelenamento, ecc.; cosicchè questo stato (« *ivresse du plomb* — Ball) può illudere ed essere scambiato con certe fasi acute dell' alcoolismo cronico. Dopo una durata più o meno lunga di questi fenomeni irritativi acuti, si arriva alla demenza, ai disturbi motori paralitici, al marasma ecc., i quali, nei casi che terminano felicemente, (sopra 10 casi della letteratura francese addotti da Régis, si ebbe la guarigione in 8) si dileguano in capo a dei mesi. I punti diagnostici differenziali colla paralisi ordinaria emergono anzitutto dall' eziologia, poi dal

colorito terreo della pelle del viso, dalla tinta grigio-bluastra delle gengive, dall' esordio acuto con fenomeni tossici, dal rapido crescendo fino all' acme della malattia, dai disturbi speciali dell' intelligenza, che non si presentano colla grave alterazione della coscienza che si ha nei paralitici, ma si manifestano piuttosto sotto la forma di un impedimento mentale che sotto quella della decadenza assoluta, piuttosto come risultante di un cumulo di fenomeni sensoriali che come perdita completa di quelle funzioni corticali la cui abolizione conduce alla perdita delle idee di spazio e di tempo.

Osservazione V.

Paralisi progressiva saturnina.

Roschker, uomo di 41 anni, prima sano e robusto, di buona derivazione, non ha mai riportato traumi al capo, nè sofferto sifilide. Da alcuni anni è inverniciatore in una fabbrica di vetture. Da due anni circa il sonno gli è divenuto cattivo e soffre di cardiopalmo e di stitichezza. Nel settembre 1880 cominciò a farsi distratto e a stentare nel trovare le parole. Grande dimagrimento, pallore terreo, incapacità al lavoro fin dal 19 ottobre in seguito alla forte decadenza dell' energia psichica e corporea.

Il 26 ottobre cominciò a lagnarsi di ombre nere davanti agli occhi, di un senso di vertigine, di una forte cefalea frontale ecc. Divenne sonnolento, si lasciava cader il cucchiaio dalle mani, il cibo dalla bocca; fu messo in letto, proseguì l' insonnio e il mal di capo.

Il 27 fu portato all'ospedale in uno stato di lieve stupore. Temp. 38,5, nessuna paralisi. Il 28 si fece agitato, cominciò a lagnarsi che gli si dava poco cibo, a veder nei vicini dei ladri; riapparvero le ombre nere e minacciose.

Il 29 ottobre vien portato nella clinica psichiatrica. È delirante in senso vagamente persecutorio, è molto confuso. Nessun fenomeno paralitico, nessun disturbo della sensibilità, temperatura 38,7, polso tardo (76), arterie contratte, pupille mediocremente dilatate, tarde a reagire, ciera apatica, demente, viso un po' congesto; quando la congestione cessa subentra una tinta terrea. I muscoli labbiali del lato destro sono paretici. Forte tremore delle labbra, della lingua e delle mani, colletto grigio alle gengive. Segni di afasia e notevole atassia labbiale.

Il malato si crede in una cantina, prende la guardia per un legnaiuolo, erra brontolando quà e là, lacera la biancheria. Cammina a larga base, vacillando un po'. Riflesso patellare normale.

Il 2 novembre ioduro di potassio a 1 gr. e bagni. Temperatura normale. Nessun disturbo ai visceri. La coscienza si è un po' schiarita; conosce di esser stato malato di testa. Deambulazione ancora un po' incerta. La forza muscolare è mediocremente conservata.

L'esplorazione elettrica rivela dei reperti normali. Nel novembre è calmo ed orientato; tuttavia i suoi processi mentali si svolgono ancora lentamente e con fatica. La deambulazione si è fatta sicura, l'afasia è scomparsa, l'aspetto è migliorato, il colletto scomparso.

In dicembre ulteriore miglioramento psichico, persistenza dell'atassia labbiale e della paresi facciale destra.

Il 13 dicembre fu dimesso colla prescrizione di far uso dell'ioduro, che dopo qualche tempo non prese più.

Nell'estate 81 esacerbazione. — Il malato diventa inquieto, massime di notte, è preso da accessi d'ansia con idee ipocondriache. A queste si unirono allucinazioni visive ed uditive spaventevoli. In agosto la parola ridivenne incerta, confusa.

Il 23 novembre 1881 nuova ammissione. — Il malato si orienta circa al tempo e al luogo e ricorda la sua pregressa ammissione, ha coscienza di esser malato e che la sua malattia viene dal piombo che gli si è concentrato al capo.

Grande indebolimento psichico; sono difficili tutti i giudizi elementari, ma la demenza in questo caso non è quella propria ai paralitici, ma è piuttosto la somma dei sintomi afasici (afasia amnesica, atassica, sordità verbale) e della cecità psichica, che si osservano in alto grado. Questi disturbi, quelli della deambulazione, gli accessi congestivi concomitanti lo lasciano appena distinguere da un ordinario paralitico.

È però degno di nota che nel maggio 1882, avendo ricevuto visita da un medico ehe egli non aveva visto da quasi un anno, egli lo riconobbe e si mostrò abbastanza orientato.

In giugno ammalò con fenomeni di tisi polmonare e morì il 24 agosto 1882.

Sezione. — Loptomeningite diffusa cronica — Ematoma della dura madre — Edema ed atrofia del cervello — Idrocefalo interno — Encefalite dei corpi striati — Tubercolosi polmonare.

Psicosi idrargiriche. — Quali fenomeni di avvelenamento cronico da mercurio (1) Naunyn riferisce degli stati di grande eccitabilità psichica agli stimoli esterni, di strane paure, di imbarazzo, di facile angoscia, insonnio, con tendenza alle allucinazioni (eretismo mercuriale) ecc., il tutto accanto ai fenomeni concomitanti del mercurialismo (anemia, catarro gastroenterico, salivazione, tremore). Da tali stati si possono sviluppare la mania, la melanconia ipocondriaca, gli stati d'indebolimento psichico.

Gaz venefici. — Qui deve dirsi dell' azione dell' ossido di carbonio (2) che, come dimostrano gli esperimenti e le autopsie, produce un'iperemia cerebrale che può condurre all'apoplessia ed al rammollimento. Eulenburg ha osservato la mania transitoria dietro un avvelenamento da ossido di carbonio. Simon ha visto l' encefalomalacia preceduta talvolta da alcune settimane di mal di capo e da vertigini.

Moreau crede di aver constatato un avvelenamento cronico da ossido di carbonio nei fornai e nei cuochi, i quali talvolta per degli anni presentano dei fenomeni di iperemia cerebrale (cefalea, sonnolenza, rumor d' orecchi, innappetenza, debolezza muscolare). Secondo la sua opinione la malattia mentale può esordire per la più futile causa, massime dietro abuso di vino (delirio vago di persecuzione con allucinazione di vista e di udito; fosfeni presi per angeli e santi; più raro delirio di avvelenamento con allucinazioni olfattive sgradevoli). Se questi stati debbansi attribuire soltanto all'ossido di carbonio e non piuttosto all'influenza nociva del calore unita a quella del bere, è cosa ancora discutibile.

(1) Naunyn, *Ziemssen 's Handb* p. 306; Falk, *Virchow 's Handb. II*, p. 135.

(2) Hirt, *Krankh d. Arbeiter*, 1873, pag. 32; Eulemburg, *Die Lehre von den schädlichen Gasen*, p. 41 e 121; Simon, *Arch. f. Psych.* I, p. 263; Moreau, *Des troubles intellectuels dus à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbone*, Paris, 1876.

SEZIONE IV

Decorso, durata, esiti e prognosi delle malattie mentali (1).

CAPITOLO I

Decorso e durata della pazzia.

La manifestazione più importante dopo i sintomi è quella che riguarda il decorso della malattia. La pazzia, come malattia del cervello, accenna empiricamente all' esistenza di modalità nel decorso ed a diverse possibilità negli esiti. In complesso la pazzia si rivela come un disturbo cronico nell' organo psichico, il cui decorso comporta mesi ed anni; tuttavia si trovano in via eccezionale dei modi acuti e subacuti di decorso, si hanno cioè certi casi di psiconeurosi della durata di una settimana. Una forma singolare di decorso ci è data dalla così detta pazzia transitoria.

(1) V. Esquirol, *Maladies ment.*, i; Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 460 Falret, *Leçons cliniques*, pag. 27. 306. 333; Dagonet, *Traité*, p. 107; Schüle, *Handb.*, pag. 564; Emminghaus, *Psychopatol.* pag. 273; Witkowski, *Berl. Klin. Wochenschr.* 1876, 52.

1° — La pazzia cronica e la subacuta possono decorrere:

a) Come unico accesso;

b) Con ripetizione periodica degli accessi.

a) *Pazzia subacuta e cronica in forma di accesso unico.*

Come in tutte le malattie somatiche a lunga durata, distingueremo uno stadio prodromico, uno di malattia dichiarata ed uno finale.

Di grandissima importanza è lo studio dei prodromi (1) per l'alienista. Esso getta lo scandaglio nella patogenesi e presenta, qualora si riconosca rettamente il pericolo, la possibilità di impedire lo scoppio della malattia.

Riguardo ai fenomeni prodromici della pazzia, la psichiatria poco sa di positivo. Così è avvenuto che per lungo tempo dal medico pratico questo importantissimo stadio è rimasto trascurato ed inosservato, e che la patogenesi e la profilassi rimasero un pio desiderio.

Soltanto in questo periodo il malato è capace di ben rivangare nei suoi precedenti, mentre i ricordi oscuri ed incoerenti della malattia dichiarata non danno che un vago e insufficiente elemento per una anamnesi scientifica.

Per tal modo accade che la ricerca scientifica dello stadio d'incubazione si limita alle osservazioni che fanno gli alienisti nei manicomi sui casi di recidiva o di periodicità.

Nei casi in cui si hanno buoni elementi per un'accurata ed intelligente osservazione, appare sempre (in opposizione a quanto ne dicono i profani ed i medici non alienisti, i quali ritengono che la malattia si sia sviluppata lì per lì) un qualche disturbo delle funzioni cerebrali e più specialmente delle funzioni psichiche, il quale precedette di settimane, mesi, e persino anni la malattia dichiarata.

(1) Moreau, *Annal. med. psychol.* 1852, p. 157; Winslow, *Obscure diseases of the brain*; Hecker, *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, Nr. 108; Müller, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 33.

I primi leggeri segni dei disturbi psichici sono, anche per l'attento osservatore, difficili a differenziarsi da certe anomalie del carattere, dell'emotività, della capacità o dell'amore al lavoro, che possono a rigore rientrare nella sfera della salute psichica. Talvolta ancora si avrà a che fare con abnormi disposizioni psichiche, con certi modi di reagire che sono privi di importanza in quanto che sono il riflesso di un disturbo costituzionale o locale: così ad esempio il malumore e l'irritabilità che tengon dietro ai catarri delle vie digerenti, il dolore morale e la mancanza d'energia negli stati d'anemia e di clorosi, la scostumatezza e la balordaggine nel tempo dello sviluppo della pubertà. Se questi fenomeni però non hanno di per sè molta importanza nelle condizioni ordinarie, ne acquistano una molto significativa allorchè chi li manifesta è predisposto ereditariamente, oppure palesa i segni della costituzione neuropatica.

In altri casi il significato di quei fenomeni abnormi è scemato da ciò che essi possono apparire, in vista delle contrarietà provate, come una reazione ancora fisiologica. L'intensità e durata non abituali di quei disturbi affettivi suscitano alla mente il primo pensiero di un fondamento patologico. In non rari casi la loro conoscenza è resa anche difficile da ciò che la psicosi non si sviluppa sul fondo di una personalità perfettamente normale, ma come attuazione potenziale di tendenze bizzarre, di istinti alterati, di eccentricità (ipertrofia del carattere) e che lo stato attuale dell'individuo è differenziabile solo quantitativamente dalla sua antecedente personalità.

Finalmente è da porsi attenzione ai non rari casi nei quali una psicosi si sviluppa sopra una neurosi generale accompagnata da anomalie psichiche elementari.

Soltanto il tatto medico e l'esperienza dello specialista sono in grado di riconoscere un'incipiente melanconia dove un inesperto non vede che clorosi, di riconoscere nella pigrizia la svogliatezza morbosa, nelle nervosità delle isteriche una malattia affettiva, nell'ipereccitabilità del cervello l'avanguardia della demenza paralitica.

Come fatto dovuto all' esperienza si può affermare che la pazzia croniea non esordisee eoi disturbi del contenuto delle idee (idee deliranti, illusioni sensoriali), ma con disturbi affettivi, con stati anomali dell' animo e con emotività alterata.

L' opinione di Guislain che la pazzia esordisea con uno stadio melanconico è giusta soltanto in un senso limitato. L' angoscia, l' irritabilità, l' oppressione d' animo, che sì spesso precedono la pazzia, non debbono senz'altro esser prese per melanconia. La depressione può esser fisiologiea, causata da un momento etiologico realmente deprimente od anche patologico, ma allora essa ha il significato di un fenomeno reattivo eome presentimento della minacciante malattia mentale, come senso di arresto nelle idee, eome coscienza dell' incapacità psichica.

In molti casi di mania, in tutti i casi di delirio sensoriale (*Wahnsinn*) e di paranoia primitiva ed anche in altre forme di degenerazione psichica, non si osserva il prodroma melanconieo. Mentre nei casi che si sviluppano sul fondo di una disposizione, il passaggio allo stato patologico è lento, insensibile e quasi esclusivamente contrassegnato da un quantitativo e graduato frazionamento della preeedente personalità, e si presenta eome un' esagerazione dei sentimenti, degl' istinti e dei pensieri già abnormi, od anche bruseamente basato sopra una causa oceasionale, nei casi invece in cui non si ha predisposizione morbosa, il momento dell' invasione della pazzia si riferisce più o meno ad una somma latente di cause favorevoli alla pazzia, occasionali, aequisite.

Aecanto alle rieordate alterazioni delle funzioni affettive, che possono aumentare fino alla trasformazione del carattere primitivo, trovansi dei disturbi formali speciali del processo ideativo (arresto, diffieoltà nel eorso del pensiero, idee fisse). Soltanto tardi si manifestano i disturbi nel contenuto delle idee, i pensieri estranei, penosi, terribili, i quali anzi non di rado risvegliano nel malato il sentimento della minaeeiante pazzia. Spesso questi nuovi contenuti ideali si rivelano nelle parole e nelle disposizioni morbose della veglia, eome pure durante il sogno quando sia vivaee il commercio mentale col mondo

esterno o i disturbi sensitivi proiettati dagli organi periferici si rendano sopratutto valevoli nella sfera incosciente.

Inoltre, come espressione precipua dei disturbi nutritivi e circolatori del cervello, abbiamo la cefalea, le vertigini, i disturbi nel sonno, la spossatezza, il dolore morale, la suscettività affettiva esagerata o l' indifferenza, l' apatia o l' irrequietezza ecc. Come sintomi dei disturbi concomitanti nei processi vegetativi, troviamo spesso dei disordini gastrici, l' anoressia, il desiderio di cibi o di bevande (alcool) non appetiti prima.

Come espressione del pervertimento delle funzioni del sistema nervoso trovasi un senso di malessere generale analogo a quello stato che di poco precede una malattia febbrile: senso di debolezza corporea, di languidezza, iperestesia sensitiva e sensoriale, senso di puntura, aura.

Ben presto i disturbi del contenuto delle idee si rendono palesi allo sguardo, all' aspetto, al contegno.

Questi fenomeni prodromici trovansi più o meno in tutti quei casi di pazzia cronica che si sviluppano su di una personalità antecedentemente sana; però la natura loro, nell' ulteriore decorso dipende dalla forma speciale del quadro morboso. Così in una pazzia melanconica che si sviluppa, le idee ed i sentimenti assumono sempre un contenuto prevalentemente depressivo.

Il melanconico è sempre mal disposto, irritato contro chi lo circonda, sensibile, trascurato nei suoi doveri, ritirato, cupo, taciturno, sospira spesso, si lagna di oppressione al petto, manifesta il timore di divenir matto, abbandona a malincuore il letto, sente noia, prova bisogno eccessivo di cose religiose, trama il suicidio, dimostra antipatia verso i suoi fino alla violenza; il suo contegno in famiglia si alterna fra una mollezza inconcepibile e una durezza eccessiva, con grande instabilità ed irrequietezza.

Fra i segni dell' incipiente pazzia maniaca abbiamo: gaiezza, senso di energia aumentata, grande facilità nei discorsi, bisogno di girare, arguzie, tendenze cleptomaniache, per gli alcoolici, per gli abusi sessuali, prodigalità.

Quando la malattia si rivela come pazzia grave idiopatica, massime nella demenza paralitica, il periodo prodromico mostra grande abbondanza di sintomi pieni di significato nel loro complesso, quantunque di rado apprezzati in modo conforme al loro valore.

In questi casi, fra i primi segni psichici, si ha l'alterazione della moralità, delle tendenze, delle abitudini. Si ha diminuzione fino alla perdita del senso morale, dei sentimenti etici, dei giudizi morali; subentra la propensione per Bacco e Venere, l'apatia riguardo alle proprie occupazioni, alla famiglia ed a quanto vi ha di più elevato. Con ciò stanchezza mentale e malumore, diminuzione dell'intensità ed estensione della memoria, diminuzione dell'intelligenza in toto, specialmente debolezza nei giudizi, associazione lenta, combinazione difficile, difficile traduzione dei pensieri in parole e scritti, cefalea, accessi vertiginosi, flussioni, accessi epilettiformi, intolleranza per l'alcool, insonnio o sonnolenza, ptosi, miosi, strabismo, disturbi del linguaggio, intorpidimento delle estremità, dolori sfolgoranti nelle articolazioni.

Il passaggio all'acme della malattia è, nei casi cronici, raramente rapido; per lo più invece vi si arriva col ripetersi ed accrescersi dei sintomi prodromici.

La pazzia cronica, come avviene pel resto delle malattie nervose, tende ad alternarsi fra le remissioni e le esacerbazioni.

Questo aumentare e diminuire della malattia si può in parte riferire a quello stato (che è fondamento alla malattia) di alternante eccitabilità degli organi nervosi centrali di fronte agli stimoli morbosi (temporaneo esaurimento, aumentata eccitabilità per somma degli stimoli), ai fenomeni episodici del quadro morboso (ansia precordiale nei melanconici); in parte può anche dipendere dalle condizioni cosmiche esterne. Anche le condizioni somatiche intercorrenti hanno qui la loro influenza: così quasi per regola si verificano esacerbazioni durante l'epoca mestruale nelle donne disposte ed isteropatiche.

Talvolta osservasi (in certe melanconie e manie, nella demenza senile e paralitica) un alternarsi di sintomi rigorosa-

mente tipico, periodico, di uno o più giorni, che si deve sempre ritenere di malo augurio. Come la pazzia cronica si sviluppa lentamente, così pure è graduato anche il suo regredire, dove si vede soltanto che le remissioni sono sempre più profonde e considerevoli. Il miglioramento psichico può essere collegato a quello delle funzioni somatiche (nutrizione, sonno, riapparsa delle mestruazioni), venir dopo questo, in rari casi precederlo.

La intensità ed estensione dei sintomi diminuiscono, le idee deliranti divengono pallide, frammentate e talvolta persino abbattute dalla critica del malato, le illusioni sensorie divengono più rare, più pallide. Ritornano le tendenze all' occupazione e le abitudini di prima.

Tuttavia rimane spesso per qualche tempo la suscettività ad una recrudescenza, ma dopo un periodo di torpore ed esaurimento mentale si ristabilisce l' antica personalità.

Uno sguardo dato al decorso complessivo della pazzia ci rivela il fatto importante che vicino a quelle psicosi che offrono un decorso progressivo, se ne trovano altre le quali, quando hanno raggiunto il loro acme, rimangono stazionarie, meno qualche aberrazione; e quantunque abbiano una lunga durata, non si osserva in esse l' esito nei così detti stati secondari d' indebolimento psichico. Ciò vale per certe psicosi costituzionali affettive (p. es. la melanconia costituzionale) con carattere ragionante e sotto certe circostanze anche per le forme della paranoia primaria.

Fra le psicosi a decorso progressivo abbiamo le *tipiche* e le *atipiche*.

Le prime (Vesania typica — Kahlbaum) trovansi soltanto negli individui non gravemente predisposti. Cominciano con una melanconia che passa in mania, e dopo questa si ha la guarigione ovvero uno stato di indebolimento mentale secondario (paranoia secondaria, demenza). Queste diverse forme costituiscono altrettanti stadi di una malattia tipica (psiconeurosi).

Psicosi combinate (1). — Un fatto importante per la cognizione clinica di certi casi, e noto solo da poco tempo, è l'intreccio complicato di diverse forme di pazzia le une colle altre, il cui singolo decorso (di due o più forme) non rimane per questo turbato.

Naturalmente qui non si tratta dei quadri morbosi alternantisi di una psicosi circolare o di quelli che succedonsi gli uni agli altri in una vesania tipica, e neppure dello svolgimento delle fasi di un quadro morboso complicato; trattasi invece della contemporaneità ed indipendenza di decorso di due o più forme morbose nello stesso individuo.

Prescindendo dalle psicosi che si sviluppano su di un fondo preesistente d'imbecillità, di pazzia morale o di indebolimento mentale acquisito (casi di Siemens), gli esempi degni di nota che ci forniscono la letteratura e l'esperienza sono:

1° Casi di paranoia primaria con pazzia mestruale episodica (osservazione propria) o con paralisi (BILLOD, *Annal. méd. psychol.* 1879, sett. — Paranoia masturbatoria con esito in paralisi; Höstermann, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 32, H. 3 e 4, 3 casi di paranoia primaria nei quali si sviluppò la paralisi); dei casi di paralisi nei quali si sviluppa la paranoia allucinatoria, di paranoia con melanconia intercorrente, con mania periodica (osservazioni proprie).

2° Casi di pazzia epilettica con disturbi mentali non epilettici. MAGNAN, caso 8, (pazzia epilettica con delirio postepilettico e poi paranoia primaria con delirio di persecuzione e di grandezza. Il disturbo epilettico scompare sotto l'uso del bromuro di potassio). I casi 9 e 10 di Magnan sono analoghi al precedente. Casi di pazzia epilettica con pazzia circolare (osservaz. propria), di pazzia epilettica con quella in idee fisse e con delirio alcoolico (MAGNAN, caso 11); di pazzia epilettica dalla quale più tardi prendon le mosse la melanconia ed il delirio alcoolico (MAGNAN, caso 12); di pazzia epilettica

(1) SIEMENS, *Arch. f. Psych.* x, H. 1; MAGNAN, *De la coexistence de plusieurs délirs*, *Archiv. de Neurologie*, anno I, f. 1.

e paralitica (WESTPHAL, *Berl. Klin. Wochen.* 1877, 9); di pazzia epilettica e paranoia primaria (GNAUK, *Arch. f. Psych.* XII, 2, casi 1, 3 e 4); di delirio epilettico, e *delirium tremens* (osservaz. propria, e di MAGNAN, 1, 2, 3). In questi casi manca la memoria dei periodi della vita delirante epilettica, ma può esistere per quelli del *delirium tremens.*

3° Casi di psicosi con pazzia alcoolica (esclusi del tutto quei casi frequenti, in cui gli eccessi alcoolici pongon le fondamenta di una mania, di una melanconia, di una paralisi, o ne aumentano ed accentuano il colore ed il grado). Casi di paranoia cronica allucinatoria e delirio alcoolico (MAGNAN, casi 4 e 5), di dipsomania e *delirium tremens* (MAGNAN, casi 6 e 7). Non possiamo qui occuparci delle dilucidazioni e delle ricercate ipotesi messe innanzi da Magnan.

È assai chiara la connessione che risulta dalla combinazione delle psicosi colla pazzia alcoolica.

La durata della pazzia cronica nei casi di guarigione, è di mesi e persino di anni. La durata dello stadio dell' acme non dipende da quello dei prodromi. Al contrario quello della convalescenza sta temporaneamente in rapporto collo stadio dell' acme, colla durata e violenza di questo.

Gli esiti della pazzia cronica possono essere la guarigione (1), gli stati stazionari o progressivi di indebolimento psichico, l'intermissione per latenza temporanea dei sintomi, la morte. La guarigione è uno dei più frequenti esiti nelle psiconeurosi. Se questa non avviene, si arriva ai così detti stati di indebolimento psichico.

Le intermissioni si hanno non di rado, accanto ai pochi casi di guarigione, nella paranoia primaria. L' esito letale può esser prodotto dai progressi del processo morboso sul centro vitale (demenza paralitica, delirio acuto, demenza senile), oppure indirettamente per esaurimento, per inanizione in seguito alla malattia, per tubercolosi da insufficienza di nutrimento e di respirazione, per suicidio o disgrazia.

(1) Si è da tempo voluto vedere in queste guarigioni una risoluzione critica; è però più agevole riconoscervi il riordinamento delle funzioni trofiche e secretorie del corpo, che ha rimesso l' equilibrio anche nelle funzioni mentali.

b) *Pazzia cronica con ripetizione periodica degli accessi* (1).

Le alterazioni cerebrali durature che servono di base alla malattia si manifestano qui in modo analogo agli accessi di febbre intermittente, col riapparire periodico dei parossismi psichici (per lo più mania, più di rado melanconia o unione di entrambe nella così detta pazzia circolare). All'opposto di quanto si osserva nelle psicosi croniche non periodiche, qui l'esordio è brusco, rapido l'arrivo all'acme della malattia, le remissioni di questa sono poco pronunciate; il cessare dei singoli accessi ordinariamente è rapido. I prodromi del futuro accesso possono mancare del tutto oppure essere brevissimi; essi si rivelano in un modo individualmente diverso, ma in certi casi singolari possono essere tipici e paragonabili all'aura degli accessi epilettici. Consistono in fenomeni flussionari, insonnio, irritabilità, talvolta ancora in oppressione, senso d'ansia, dolor di capo, nevralgie, paralgesie, disturbi gastrici, costipazione.

Anche il decorso dei singoli parossismi è omogeneo e tipico riguardo ai dettagli dello svolgimento dei sintomi e al loro contenuto, ed offre tutt' al più delle oscillazicni nella sua intensità. Col cessare del parossismo si ristabilisce subito la personalità di prima, oppure, agli accessi intensi e molto durevoli, segue uno stadio di esaurimento in proporzione. La durata degli accessi varia fra alcune settimane e un mese. L'intervallo fra gli accessi oscilla fra settimane, mesi e persino anni. Il modo di ripetersi dei singoli accessi è rigorosamente tipico nel modo in cui le diverse condizioni esterne od interne vi si framettono apportandovi la loro influenza. Deve anche tenersi conto della intensità dell' accesso, perchè, se esso è molto violento, l' accesso susseguente è per lo più ritardato. Gli intervalli fra i parossismi si è soliti chiamarli lucidi; giammai però essi sono completamente tali.

(1) Cfr. Kirn, *Die periodischen psychosen*, 1878.

Oltre ai sintomi nervosi della malattia fondamentale, in questi intervalli non mancano per solito certi segni psichici (irritabilità, variabilità d'umore) e spesso appare l'indebolimento psichico come alterazione durevole. Questi intervalli differiscono dalle intermissioni, oltre che per la loro lunga durata, in ciò che in queste la psicosi, dato un momento favorevole, comincia di nuovo come se fosse stata latente; mentre nell'intervallo delle psicosi periodiche l'intero complesso sintomatico recede da capo a fondo. Differiscono i periodi dalle recidive, per la circostanza che in queste ogni nuovo accesso differisce clinicamente dai precedenti, mentre l'accesso periodico è stereotipato ed è uguale agli altri persino nei dettagli, e nell'intervallo fra l'uno e l'altro di questi non si osserva uno stato perfettamente libero, ma avente le traccie di una malattia fondamentale più o meno latente. Il decorso complessivo della pazzia periodica è variabile. In rari casi gli accessi non si ripetono più, sia spontaneamente, sia sotto l'influenza di malattie gravi, costituzionali (tifo). Se ciò avviene in un tempo in cui la ripetizione degli accessi non ha dato luogo all'indebolimento mentale, allora avremo la guarigione. Più spesso però gli accessi scompaiono in un tempo in cui l'indebolimento mentale è già avvenuto; ed ancor più spesso arriva l'indebolimento senza che cessino gli accessi, chè anzi questi divengono talvolta anche più lunghi finchè si attaccano gli uni agli altri e finalmente costituiscono una forma continua, nella quale gli accessi figurano sempre soltanto come esacerbazioni.

2. La pazzia transitoria (1).

In contrapposto alle forme che rimangono in corso per mesi ed anni, si danno degli stati psicopatici che durano soltanto delle ore od un giorno.

(1) V. Krafft, *Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins*, 1868; Schwartzer, *Transitorische Tobschut*, Wien, 1880; lo stesso *Die Bewusstlosigkeitszustände*; Tübingen, 1878; v. Krafft, *Lehrb. d. ger. psychopathol*, 2ª ediz. p. 263.

Anche qui l'esordio brusco, il rapido giungere all'acme con evoluzioni d'intensità soltanto lievi, la rapida, critica risoluzione dell'accesso, con pronto ritorno alle condizioni psichiche di prima ecc., figurano come segni differenziali che distinguon questa forma dalla comune (cronica) pazzia, nella quale si osservano delle varietà di decorso analoghe alla pazzia transitoria soltanto in alcune delle sue forme periodiche. Nella pazzia transitoria abbiamo fra le caratteristiche il profondo disturbo della coscienza per l'intera durata dell'accesso, con difetto non mai mancante della memoria e l'impronta delirante dell'intero quadro fenomenico. Queste singolarità nel decorso e nel modo di essere della pazzia transitoria si spiegano in parte etiologicamente, sapendosi che essa è un fenomeno di reazione ad una forte influenza nociva sul cervello (disturbi circolatori, veleni, affetti, febbre), quantunque transitorio.

Oltre a ciò possono i disturbi di sviluppo congeniti, o le anomalie funzionali acquisite agevolare ed aumentare l'importanza di quell'influenza nociva. Trattasi qui di un cervello che reagisce abnormemente nelle sue funzioni vasomotorie, e questa abnorme reazione (facilità ai crampi vasali o alle paralisi, estendentisi su di un gran campo di vasi) può essere un'anomalia congenita, per lo più ereditaria, ovvero essa è acquisita per malattia cerebrale, alcoolismo cronico, stati di esaurimento ecc. e, come tale, non è che un fenomeno parziale di una malattia complicante, cerebrale o dei nervi in genere. Ad ogni modo deve clinicamente ritenersi che la pazzia transitoria è un quadro morboso sintomatico.

In certi singoli casi si rivela la necessità di attribuire questo quadro sintomatico ad una speciale neurosi o ad una malattia cerebrale. Patogeneticamente i casi di pazzia transitoria possono riferirsi:

1) Ad un rapido cambiamento nella pressione o nella distribuzione del sangue, per paralisi o spasmo vasale (mania transitoria, stati transitori d'ansia, affetti patologici).

2) A rapidi e violenti disturbi nutritizi dell'organo psichico, per un'alterazione qualitativa del sangue da assorbimento di

materiali incongrui od escrementizi, o per insufficiente quantità di elementi normali (deliri tossici e da inanizione).

Le forme dei disturbi della coscienza, nella pazzia transitoria, si presentano come stati di sonnolenza, sopore, stupore, stati crepuscolari.

Sopra questo fondo di una coscienza profondamente turbata (in seguito ad anomalie della circolazione, della pressione sanguigna e della nutrizione, fino ad aversi dei trasudati) possono risvegliarsi molti fenomeni irritativi in forma di allucinazioni, deliri, ansia, eccitamento psicomotorio, ed inoltre delle anomalie reattive del carattere. Esiste per tal modo una grande serie di quadri clinici differenti, che saltano all'occhio per uno speciale aggruppamento di sintomi.

Gli stati appartenenti a questa categoria, che si hanno nella pazzia isterica ed epilettica transitorie, appartengono a quadri morbosi speciali e verranno trattati nel corrispondente capitolo di patologia speciale. I deliri tossici, febbrili e da inanizione hanno già ricevuto sviluppo nella sezione delle cause. Rimangono qui a trattarsi, quali rappresentanti della pazzia transitoria, la così detta *mania transitoria*, *l'ansia transitoria,* gli *affetti patologici* e gli stati di *reazione alcoolica.*

A) Mania transitoria (1).

La scienza d'oggi ammette sotto questa denominazione un disturbo mentale che decorre per un periodo di ore, in un individuo prima e dopo psichicamente sano, che si stabilisce ad un tratto, passa dopo un profondo sonno alla salute, è accompagnato in tutta la sua durata da un profondo disturbo della coscienza, cosicchè non rimane la menoma ricordanza di tutto quanto avvenne durante l'accesso.

Questo figura come una completa lacuna nella continuità della coscienza. Sul fondo di questi gravi disturbi della coscienza si

(1) V. KRAFFT, *Die Lehre von der Mania transitoria*, 1865; disturbi transitori dell'autocoscienza, pag. 76 (letteratura dettagliata) e *Irrenfreund,* 1871, 12· — SCHWARTZER, op. cit.; MENDEL, *Die Manie*, p 69.

elevano dei fenomeni di eccitamento psichico (deliri, illusioni sensoriali, anomalie motorie), i quali costituiscono il quadro concreto ora di una mania furiosa, ora di un delirio allucinatorio acuto. Il nome *mania* è poco adatto a questo quadro morboso, che più si avvicina al delirio, ma ha però comune colla mania almeno dei fenomeni di ideorrea temporanea e di azione motoria involontaria.

L'intero quadro morboso porta l'impronta di un forte stimolo cerebrale che colpisce il campo centrale sensitivo, ideale e motorio e sospende la coscienza. Questo stimolo si compie a prezzo di una cospicua iperemia cerebrale passiva, o almeno alcuni segni di congestione al capo preannunciano l'accesso (vertigini, cefalea, stordimento fino al sopore apoplettiforme, irritabilità, sensibilità per la luce ed il rumore) o l'accompagnano (testa rossa, calda, congiuntiva iniettata, polso carotideo pieno e depressibile). Quali segni ulteriori di stimolo cerebrale trovansi alle volte: salivazione, arrotamento dei denti, fenomeni convulsivi tonici e clonici.

Dopo pochi prodromi, lo stato morboso raggiunge rapidamente il suo acme, mentre la coscienza scompare ed il malato comincia a delirare ed a infuriare. Il contenuto dei deliri e delle allucinazioni è prevalentemente terrifico, tuttavia si possono avere ancora dei deliri gai.

L'agitazione incosciente del malato è priva di misura e di scopo, in parte è reazione allo stato delirante ed allucinatorio, in parte espressione di un violento stimolo nei centri psicomotori.

Si notano alcuni riflessi nella via del linguaggio, come muggiti e grida inarticolate, non potendosi formare i periodi e le parole per il grande disordine nel corso delle idee.

Respiro e circolo sono accelerati, il malato è madido di sudore. Dopo mezz'ora, talvolta dopo alcune ore, l'agitazione cessa, il polso ed il respiro tornano vicino alla norma, il malato esaurito piomba nel sonno, dal quale si risveglia dopo alcune ore perfettamente lucido. In rari casi si ha, dopo il sonno, la recrudescenza con altro parossismo. Dopo l'accesso

trovansi per alcune ore i segni di un' iperemia cerebrale non completamente cessata (vertigini, cefalea) e, come successioni del parossismo, stanchezza, grande sonnolenza. Fra le cause disponenti si ha la giovane età, la costituzione pletorica, il temperamento collerico e irritabile, la tendenza alle congestioni del capo. Quest' ultima, che è basata sulla diminuita capacità di resistenza dei vasomotori, può aver origine da condizioni congenite od essere acquisita per dissipazioni, malattie, degenza in letto per molte settimane, traumi al capo, lue, affanni, cure, ecc.

Fra i momenti disponenti si annoverano l' influenza vasoparalitica delle emozioni, massime la collera, degli accessi nel bere, del soggiorno in camera umida e calda, del calore del sole.

Soltanto otto casi di mania transitoria, allo stato di veglia, sono stati fin qui osservati. Un accesso che insorga durante il sonno, giustifica l'opinione che si tratti di un delirio epilettico. L'ugual opinione deve essere accolta quando si verificano le recidive; solo eccezionalmente si verificarono queste negli otto casi noti di mania transitoria. Questa in ogni modo è una forma assai rara e a spiegare il grande numero dei casi, che nella letteratura corrono sotto questo nome, è a pensarsi ad uno stato epilettico o ad un equivalente di questo. Persino gli affetti patologici, gli stati di reazione alcoolica, il *raptus* melanconico, i deliri isterici ed anche gli accessi di mania acuta, massime furiosa, sono falsamente ritenuti come casi di mania transitoria.

A scopo diagnostico debbono tenersi in conto: il rapido insorgere della malattia in un individuo sano prima e dopo, e non epilettico, la risoluzione critica dopo un profondo sonno, il grave turbamento della coscienza con totale difetto della memoria, i forti sintomi congestivi cerebrali che precedono ed accompagnano il quadro morboso.

Anatomicamente il complesso fenomenico è totalmente attribuibile ad uno stato iperemico del cervello, intenso ma transitorio.

La prognosi è fausta. Degli esiti in apoplessia od encefalite non furono finora osservati.

Merita di esser ricordata la grande rarità delle recidive.

Terapeuticamente è da raccomandarsi la sicurezza del malato, che è assai pericoloso a sè e a chi lo circonda; come pure sarà opportuno procurargli il sonno col cloralio, che non si potrà dare che per clistere. Le iniezioni di ergotina meriterebbero di essere sperimentate.

Osservazione VI.

Mania transitoria da influenza calorifica.

Neubert, donna di 36 anni, prima non mai malata all'infuori di alcuni rari accessi di emicrania, deriva da famiglia sana senza antecedenti epilettici, è sobria.

Soffriva da quattro giorni di un forte raffreddore, con catarro tracheale.

Faceva un gran freddo nella sera del 25 novembre 1877 e perciò essa si chiuse ben bene in una stanza riscaldata da una stufa di ferro, che mandava un calore enorme. A 11 ore di sera le sembrò che il sangue le corresse al capo, sentì un violento pizzicore per tutto il corpo. Cominciò a delirare, entrò in un eccitamento gaio, che diede tosto luogo ad uno stato ansioso e furioso. Il medico, venuto a mezzanotte, trovò 30° Reaumur nella camera.

La malata era in preda ad un accesso di mania furibonda, aveva i capo caldo e rosso, le pupille dilatate, l'eccitabilità riflessa aumentata. Fu fatta un'iniezione di 0,03 di morfina che non produsse buon risultato. Solo verso mattina si addormentò e, dopo alcune ore, si svegliò completamente lucida di mente. La temperatura del corpo era subnormale.

Di tutto l'accaduto non aveva la menoma conoscenza: essa si ricordò solo di essersi addormentata in preda al pizzicore. Vomitò, si sentì la testa pesante, ebbe un senso di vertigine (azione della morfina), ma il giorno 27 era completamente ristabilita. All'infuori dell'accennato catarro tracheale non si trovò somaticamente nulla di morboso.

B) Stati di ansia transitoria (1).

Si danno degli stati di pazzia transitoria, nei quali il malato, profondamente turbato nella coscienza, è dominato da un senso di grande ansia e da idee che gli sovrastino dei pericoli. Conformemente al grado del disturbo della coscienza, il ricordo di ciò che è avvenuto durante l'accesso è sommario e persino mancante. L'ansia può palesarsi nei più diversi gradi d'intensità, da una semplice oppressione ansiosa fino all'arresto di tutte le attività psichiche. Nell'acme dell'accesso mancano di rado le illusioni sensoriali terrifiche (vista, udito) e le idee deliranti di mali imminenti, nei quali l'ansia si obbiettivizza. Come reazione all'ansia ed al delirio si verificano degli impulsi motorii che variano fra la semplice agitazione motoria e gli atti impetuosi e pericolossimi contro coloro da cui credono minacciata la propria esistenza.

Quel violentissimo senso di ansia, localizzato per lo più ai precordi, accompagnato a un grave disturbo della coscienza, della durata di minuti o di ore, con manifestazione reattiva psichica riflessa, potrebbe designarsi col nome di *raptus melancholicus*, perchè tale stato si manifesta appunto prevalentemente nella melanconia come fenomeno episodico. Però nel nostro caso noi abbiamo a che fare con stati di ansia transitoria in un individuo che fu sempre sano e che lo ridiviene tosto.

Gli stati sintomatologicamente analoghi del *petit mal* degli epilettici, verranno discorsi nella patologia speciale (V. *Pazzia epilettica*).

Anche per gli stati di ansia transitoria è necessario pensare ai disturbi acuti e transitori della sfera vasomotoria. In un buon numero di casi trovansi i sintomi dell'anemia cerebrale come

(1) Erlenmeyer, « *Melancholia transitor.* », *Corr. Blatt. f. Psych.* 1859, 8. 9. 10; Schwartzer, *Transit. Tobsucht*, pag. 75; Bonnet, *Folie transit. homicide*, *Ann. medico-psychol.*, 1862, aprile; v. Krafft, *Transitorische Störungen* etc. pag. 91.

precursori o concomitanti dell'accesso; ed i fenomeni di spasmo vasale, visibili nei campi arteriosi accessibili, rendono verosimile che si tratti di uno stato funzionale analogo nei vasi del cervello.

Fra le cause disponenti, atte ad influire allo scoppio degli stati di ansia transitoria, abbiamo la costituzione neuropatica e non di rado le neurosi in forma di isterismo, ipocondria, neurastenia.

Quest' ultima è specialmente importante, massime quando tiene alla masturbazione. Pubertà, puerperio, allattamento, mestruazioni corroborano questa disposizione e da ultimo gli sforzi psichici e mentali, massime le veglie notturne.

Come cause occasionali abbiamo le emozioni, le perdite sanguigne, le neuralgie e molto più gli accessi alcoolici, i disturbi gastrici e il fumare il tabacco forte.

La prognosi è fausta, le recidive non sono rare.

Nell' accesso il malato è assai pericoloso a sè, per *tædium vitæ*, ed agli altri. I bagni tiepidi, le iniezioni d' oppio, il cloralio, il nitrito d' amile, agiscono diminuendo ed accorciando gli accessi.

Osservazione VII.

Stato di ansia transitoria a base neurastenica.

Leifner, 34 anni, celibe, garzone di fabbro, fu condotto al manicomio in procinto di gettarsi nel fiume. Disordinato, delirante, percepisce tutto ostilmente. Racconta di essersi gettato nel fiume per salvarsi la vita. Credeva continuamente di vedere un uomo nero, un fabbro, che lo inseguisse, e narra di non aver visto altro scampo se non nell' acqua, dalla quale un soldato lo trasse per condurlo al manicomio. Nella notte seguente ebbe insonnio, ma rimase calmo, e non vide la figura nera; il giorno dopo (8 gennaio 1882) è di nuovo in uno stato ansioso; nel giorno seguente è ancora agitato e cerca invano di orientarsi.

Il fantasma è scomparso, ma sente ancora al petto e al capo un grave peso. Vede tutto come attraverso ad una nube. Il 10 gennaio diviene ordinato nelle idee, si lamenta di un forte peso e di una grande oppressione al petto, gli pare di aver la testa in una morsa. La memoria è parziale, frazionata.

Il giorno 5 era stato colto da ansia durante il lavoro; gli pareva che tutti lo sfuggissero; passò insonne la notte del 6; tuttavia alla mattina tornò al lavoro, ma l'ansia non gli lasciò tregua; verso le 10 tornò a casa e si chiuse prima in camera, poi andò in giro per la città. Bevè un bicchiere di birra in un' osteria, gironzò per diverse strade e alla sera andò a finire in teatro; in galleria gli vennero le vertigini e dovè andare in platea, ma anche qui l'ansia lo raggiunse e fu costretto ad andar fuori; si diresse alla ferrovia, stabilì, senza alcun scopo, di porsi in viaggio per Vienna e pernottò in un' osteria. Il 7, di buon mattino, ebbe la visione del fabbro: vagò errando senza scopo, non sa bene dove, solo ricorda in modo incerto di essersi imbattuto in un convoglio funebre. Del giorno 8 manca ogni ricordo.

Non è disposto ereditariamente, non presenta antecedenti epilettici, non fu mai bevitore; nel 1880 soffrì di colerina, poi d'intermittente e ne rimase indebolito. Prima era sempre stato sano. La sua professione lo espose sempre alle influenze nocive del calore, alla vertigine e alla cefalea. Il suo lavoro era molto pesante e gli procurava anche non poche emozioni. Da tre settimane il peso al capo gli era cresciuto, dormiva male, aveva dei sogni molesti, di fuoco e di abissi.

Il lavoro gli divenne sempre più intollerabile, tremava facilmente, anche di mattina si sentiva stanco, sudava anche esposto a bassa temperatura, aveva un peso insopportabile al capo, cardiopalmo, oppressione ai precordi; non sopportava più neppur le tenui quantità di alcool, di cui si sentiva presto ubbriaco. 8 giorni prima dell'accesso aveva provato una collera violenta.

Il malato è di corporatura media, abbastanza forte, alquanto anemico, senza febbre. Alcuni punti della colonna vertebrale (regione dorsale) sono dolenti alla pressione. La milza non è ingrandita, le funzioni degli organi vegetativi non lasciano rilevare alcun disturbo. Non nega di essersi masturbato. Il malato è durevolmente lucido di mente, libero dall'ansia. Presenta però ancora dei sintomi neurastenici che migliorano dietro l'uso dei tonici. Il 28 gennaio 1882 esce guarito. Finora non si è verificata la recidiva.

C) Stati affettivi patologici.

Le modalità degli affetti possono divenire abnormemente intense, e può trascorrere molto tempo prima che ridivengano normali. Si hanno allora i così detti affetti patologici. Un affetto

appare abnormemente intenso se la coscienza dell'individuo scompare e le sue reazioni motrici perdono l'impronta dell'attività volitiva. La durata di un affetto patologico varia fra delle ore ed un giorno.

Qui non si tratta più di affetti, ma di un *shock* affettivo, che dà luogo a un disturbo psichico transitorio. Questo apporta dei cambiamenti profondi e duraturi nell'innervazione come si vede negli affetti normali (rossore), benchè in questi non si osservi la perdita della coscienza. Secondo la natura e la forza dell'affetto (per es. la paura) si può avere un vasospasmo, oppure una vasoparesi (così nella collera). Il grado intenso del disturbo nell'innervazione lascia concludere che i centri vasomotori siano lesi direttamente dallo *shock* degli affetti. Fra tutte le circostanze emerge un grande disturbo nella distribuzione e nella pressione del sangue, e con ciò si spiega il sintoma clinicamente più importante, vale a dire il grave disturbo della coscienza fino alla perdita di essa, al quale corrisponde l'imperfetta od abolita memoria sulle cose accadute.

Le condizioni favorevoli all'insorgere degli affetti patologici sono molteplici. Sopratutto è importante la forma dell'affetto. Soltanto gli affetti depressivi dell'ansia, dello spavento e della collera conducono ad una reazione patologica, la quale sarà leggera se l'affetto è poco significativo, ed invece tanto più violenta quanto più sono minacciati gli interessi della personalità (pericolo per la vita, gravi attentati all'onore).

Decisivo riguardo agli esiti è lo stato nel quale si trovano i centri vasomotori nel tempo dello *shock* affettivo. La loro abnorme eccitabilità od esauribilità può essere duratura o transitoria. La reazione durevolmente abnorme dei centri vasali appare spesso come fenomeno parziale di un inquinamento ereditario (emotività morbosa), di un arresto di sviluppo del cervello (indebolimento mentale), di una neurosi (isterismo, epilessia, ipocondria, neurastenia, chorea), di uno stato acquisito di indebolimento del cervello per apoplessia, trauma al capo, malattia mentale, alcoolismo cronico, sifilide. In tali stati esiste

anche di frequente un'abnorme reazione vasomotoria sotto l'uso degli alcoolici.

Transitoriamente esiste una debolezza funzionale dei centri vasali dietro influenza di malattie esaurienti e dolorose, dietro il puerperio, dietro sforzi psichici e fisici, dietro mancanza di nutrizione, affanni, cure, dolori ecc. Anche un cervello gagliardo difficilmente resiste all'azione combinata dello *shock* affettivo, dell'uso dell'alcool, della temperatura esterna elevata.

I quadri morbosi degli affetti patologici possono paragonarsi a quelli della mania transitoria *(ira furor brevis)*, oppure possono manifestarsi come stati di arresto stuporoso (in seguito a vaso-spasmo o vaso-paralisi con edema) o di grande disordine mentale. Gli stati di disordine offrono delle varietà secondo che sono complicati ad allucinazioni o a delirio; oppure possono esistere senza di ciò sotto forma di una ridda sonnambolica delle idee, con arresto nell'associazione e profondo disturbo nell'appercezione. Il disturbo della psiche può ancora aumentarsi in seguito ad afasia (paura) o parafasia.

La scomparsa di questo stato patologico di affetti si ha per lo più rapidamente dopo ore, o al più dopo uno o due giorni. Vi sono dei casi però in cui si stabiliscono dei disturbi psichici cronici, od anche un decadimento diretto fino alla demenza profonda.

Osservazione VIII.

Disordine e stupore per paura.

Gruber, scolaro di 11 anni, deriva da madre neuropatica; non ebbe antecedenti epilettici, rimase sano fino a 14 mesi addietro, epoca in cui riportò un trauma al capo, in seguito al quale rimase più giorni senza coscienza. Da quell'epoca presentò una grande emotività e facili paure.

Il 22 settembre 1880, dopo una minaccia di percosse ricevuta dal padre, divenne ansioso, atterrito, confuso, inetto allo studio, poi entrò in uno stato di stupore e di arresto. In questo stato egli è assolutamente passivo a quanto lo circonda, tiene la bocca aperta, gli occhi sbarrati. Polso 60, piccolo, nessun segno di degenerazione, un po' d'anemia. Si raccoglie

sotto le coperte e si aggomitola nel letto. Profondo disturbo della coscienza. Di tanto in tanto sulla sua faccia esterrefatta appare un sorriso; le pupille sono durevolmente assai larghe, ma reagiscono; le notti sono calme. Fino al 30 rimase confuso e istupidito; alle domande dei visitatori risponde sorridendo: « non so nulla ». Il 30, dopo aver passato una buona notte, ridivenne mentalmente sano dopo un sogno molto imbrogliato.

D) Stati di reazione alcoolica patologica.

La reazione di un cervello normale ad un eccesso alcoolico è già stata considerata nel Cap. IV (p. 51).

Vi sono degli stati di reazione patologica all'alcool, che non si rivelano coll'ebbrezza comune, bensì come pazzia transitoria.

La quantità e la qualità del liquido ingerito sono cause accessorie; esistono già le condizioni costituzionali e premorbose. In ogni caso il modo di insorgere di questi stati non è per influenza chimica diretta sulle cellule corticali (intossicazione), ma piuttosto avviene dinamicamente, in seguito all'influenza vaso-paralitica intermittente sui centri vaso-motori e quindi in seguito a congestione.

Le condizioni etiologiche sono essenzialmente uguali a quelle in seguito alle quali si manifestano gli affetti patologici; qui per di più sono in giuoco gli eccessi alcoolici. Le cause occasionali sono l'uso dell'alcool, che può essere relativamente moderato, le emozioni, i digiuni, le notti insonni, le influenze nocive del calore.

Clinicamente si hanno degli stati deliranti semicoscienti e degli stati di agitazione delirante allucinatoria, verosimilmente soltanto dietro un abuso persistente di alcoolici, ed inoltre degli stati di mania transitoria.

Gli stati del delirio acuto alcoolico ricordano assai da vicino quelli del *grand mal* degli epilettici. Dopo alcuni sintomi più o meno notevoli e transitori d'intossicazione alcoolica, subentra uno stato ansioso a guisa di aura, con allucinazioni terrificanti visive ed acustiche. La coscienza si spegne. Il malato è irrequieto,

dominato dall'ansia e dalle allucinazioni, gira qua e là, nei vicini vede dei nemici, è come sonnambulo, diviene aggressivo, furioso. Ad intervalli si hanno delle remissioni stuporose. Dopo alcune ore (persino dopo dei giorni) il malato rientra in sè, con perfetta amnesia di tutto quanto è avvenuto nel periodo morboso. In rapporto alla diagnosi differenziale fra questo stato e la ubbriachezza ordinaria, valgano le seguenti considerazioni:

1° Esiste sproporzione fra la quantità dell'alcool bevuto e l'effetto, ed invece le condizioni organiche intime od accidentali fanno conoscere la loro influenza cumulativa.

2° Il legame di tempo fra causa ed effetto non si osserva come nella ubbriachezza comune, e manca altresì l'aumento successivo dei sintomi alcoolici. Lo stato di ebbrezza patologica tien dietro subito all'eccesso, ovvero si verifica più tardi in seguito ad un momento (affetto) che aumenti la congestione latente da alcool.

3° Anche qualitativamente esistono delle differenze. Nello stato descritto si ha un delirio più o meno connesso, un'appercezione profondamente turbata per illusioni sensoriali, si osservano dei fenomeni maniaci con impulsi istintivi, delle esplosioni furiose, delle tendenze distruttive. I movimenti non sono barcollanti, atassici come negli ubbriachi, ma hanno un'impronta maniaca, sono sicuri, validi, energici. Al profondo disturbo della coscienza corrisponde una completa mancanza della memoria riguardo alla durata del parossismo. Il parossismo è accompagnato e preceduto da fenomeni congestivi cerebrali (rossore flussionario, cefalea, vertigini, iperestesie sensoriali).

Osservazione IX.

Stato crepuscolare delirante per uso di alcoolici.

Planinz, uomo di 30 anni, fabbro, bevitore, riportò dopo il tifo un intolleranza per gli alcoolici. Non presenta antecedenti epilettici.

Il 15 marzo si ubbriacò in allegra brigata; si recò poi a chieder denaro al cassiere della sua officina, che minacciò in seguito a rifiuto.

Poi raccolse in un fardello i suoi abiti, si arrampicò ad un albero, vi legò una fune e vi si appese. Si giunse appena in tempo a salvarlo, tagliando subito il laccio; l'individuo era asfittico, ma fu presto richiamato in vita. Tornato in sè, era agitato e minaccioso e lo si tratteneva con fatica. Il giorno dopo era calmo, esaurito; fu condotto al manicomio.

Il 18 marzo tornò completamente in sè, ma senza il menomo ricordo dell'accaduto fin da quando entrò all'osteria; trovò con meraviglia il segno del mancato appicamento intorno al collo. Rimase però ancora esaurito, con male al capo, tremore alle dita e alla lingua, pupille dilatate. All'infuori di un catarro gastrico non si notarono disturbi vegetativi di sorta. Il giorno 26 marzo, essendo scomparsi completamente tutt i fenomeni morbosi, abbandonò lo stabilimento.

Osservazione X.

Caso analogo.

Mohrenbeck, meccanico di 25 anni, bevitore, dapprima sano, non fu mai epilettico. Da 4 mesi spesso si ubbriacava; nelle ultime settimane, più volte nell'acme dell'ubbriachezza, entrò in uno stato di grande agitazione ansiosa.

L'11 gennaio comprò due pistole, condusse l'armaiuolo all'osteria ed ordinò un fiasco di vino. Entrò improvvisamente in una grande agitazione e stava per commettere degli eccessi. Proutamente arrestato e condotto al manicomio, si mostra rosso, congesto in viso, furioso, delirante, con profondo disturbo della coscienza, apirettico.

Il giorno dopo ritornò in sè, non ricordò nulla, non si diede ragione dell'acquisto delle pistole. Il malato, all'infuori dei segni di un leggero alcoolismo, che presto si dileguarono, non lasciò osservare nulla di considerevole. Il 17 febbraio fu licenziato.

CAPITOLO II

Morbilità. — Principali malattie intercorrenti (1).

La morbilità nei pazzi è maggiore di quella dei sani di uguale età. Ciò in parte dipende da che molti pazzi posseggono una costituzione neuropatica, che li rende meno capaci di resistere alle influenze dannose esterne, in parte da che i disturbi psichici sono fomiti di sregolatezza nel nutrimento e nel modo di vivere.

In seguito ad una compartecipazione diretta o indiretta degli organi vegetativi, si hanno dei disturbi profondi nella nutrizione; i malati divengono insensibili alle influenze dannose del di fuori e per ciò maggiormente vi si espongono (anestesia termica, dolorifica). Così nei melanconici la respirazione, e quindi la decarbonizzazione del sangue, è molto deficiente, in molti dementi è insufficiente il moto corporeo. Di più, nei pazzi che si curano a casa propria deve notarsi la trascuratezza tradizionale e l'opposizione, per parte dei malati, nell'obbedire ai propri bisogni. Nei pazzi dei manicomi più ingombri deve notarsi l'influenza antigienica della vita comune di molti uomini in uno spazio limitato. Finalmente è a pensarsi che la già esistente malattia cerebrale può diffondersi ad altre parti vitalmente importanti del sistema nervoso centrale. La pazzia non offre immunità per alcuna malattia. Tutte le malattie acute e croniche che si verificano nel sano, si osservano nei manicomi. In causa della loro tenue attitudine a resistere, i pazzi,

(1) Thore, *Annal. méd. psychol. 1844-1845;* Dagonet, *Traité;* Seppilli e Riva, *Annali universali di medicina 1879,* vol. 249.

nei casi di epidemia, sono più facilmente presi degli individui di altri stabilimenti, e la loro mortalità è anche maggiore. Soltanto più di rado che nei sani di mente si verifica nei pazzi il carcinoma.

La diagnosi delle malattie somatiche intercorrenti, anche gravi, presenta delle difficoltà speciali, poichè il disturbo della coscienza e l'analgesia di molti malati non permettono di tener conto dei disturbi subbiettivi.

La diagnosi nel nostro caso è anche più scabrosa che nelle malattie infantili, dove almeno il dolore si esterna. Così avviene che il tifo, la pneumonite ed altre gravi malattie non di rado decorrono ambulatoriamente e vengono conosciute soltanto all'agonia o al tavolo anatomico. Poichè per lo più si tratta di individui indeboliti e cachettici, la prognosi è molto più grave di quello che nei sani di mente.

Ha un'importanza capitale, fra le affezioni somatiche dei pazzi, l'anemia costituzionale, massime nelle donne.

Molti pazzi cronici muoiono semplicemente per anemia e marasmo. Cause trofiche ignote collegate alla malattia centrale (simpatico?) debbono invocarsi per chiarire certe anemie progressive che resistono a tutti i mezzi dietetici e medicamentosi, che datano dalla pubertà e che durano tutta la vita.

Molto gravi e frequenti sono le affezioni infiammatorie degli organi respiratori. Le pneumoniti figurano per un sesto fra le cause della mortalità. Specialmente frequenti sono le pneumoniti ipostatiche nei dementi marasmatici, dipendenti dall'indebolita azione cardiaca e da imperfetta respirazione. La pneumonite cagionata da paralisi vasale e dipendente dal processo cerebrale, nei paralitici è spesso la *causa mortis* (Gaye, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 10, p. 569). Anche la pneumonite cruposa non è rara e si spiega la sua origine per il raffreddamento al quale molti malati si espongono, massime i maniaci.

Come nei vecchi, la pneumonite decorre generalmente latente nei pazzi, senza brivido di freddo, senza tosse, senza sputo, talchè non è possibile che una diagnosi basata sull'esame fisico.

Innappetenza, pronta e profonda adinamia sono spesso gli unici segni esterni della malattia in corso.

Assai frequente nei manicomi è la tubercolosi polmonare. Dagonet (*Traité des mal. ment.* p. 123) trovò su 428 morti 109 casi di tisi polmonare. Anche le statistiche di Hagen danno che i pazzi ammalano di tubercolosi 5 volte più spesso dei savi, ma lasciano anche osservare che nei tubercolosi la pazzia è 5 volte più frequente di quello che nei non tubercolosi.

La spiegazione di questo fatto deve cercarsi in parte nella costituzione neuropatica, che è spesso il fondo di entrambe le malattie, ma in gran parte altresì nell'insufficiente nutrimento, massime nei melanconici, i quali di giunta respirano incompletamente, e finalmente nei momenti antigienici dei manicomi sopraccarichi di malati.

Non di rado si ha la cancrena polmonare nei malati sitofobi, come fenomeno d'inanizione, ma anche in seguito all'introduzione di particelle alimentari nelle vie aeree, dietro alimentazione artificiale male eseguita (L. Meyer). Talvolta è riferibile a processi settici (decubito putrido) e forse ad embolismo settico.

Nella cancrena da inanizione il decorso è per lo più il seguente: anzitutto dimagramento, febbre, dispnea, tosse, catarro, dolore al torace, grande debolezza muscolare, estremità fredde; poi sudore profuso, pallore della cute, guancie cianotiche (1). Gli sputi e l'alito divengono abnormemente fetenti e possono apparire i segni fisici dell'ispessimento polmonare, della pleurite, del pneumotorace o dell'emorragia polmonare. La morte ha luogo (per anemia, pioemia, pneumotorace, profuse emorragie) dopo 10 giorni, al più dopo tre settimane (Fischel).

Il catarro intestinale con erosioni catarrali non è raro nei pazzi e, quando diviene colliquativo, figura talvolta come causa della loro (marastica) morte. Innappetenza, meteorismo, rapido

(1) Cfr. Guislain, che da gran tempo pose attenzione al color bruno, rosso-cupo, poi cianotico delle gote, come segno diagnostico.

decadimento delle forze in seguito alla diarrea, sono i fenomeni principali di questa malattia. I reperti del restringimento nel lume intestinale, di uno spostamento del colon nei pazzi (Esquirol, Scröder v. der Kolk), non sono stati autenticati come etiologicamente importanti o come complicazioni frequenti.

Sono frequenti nei pazzi le affezioni chirurgiche (1), per attentati contro di sè o in seguito alle aggressioni altrui.

Il foruncolo e l'antrace sono non raramente esito di infezioni e rotture della pelle in malati sporchi, fangosi, rovistatori di immondizie.

Non è rara l'introduzione dei corpi estranei nelle cavità del corpo per trastullo, per stimolo sessuale o per *tædium vitæ*. Persino le stoviglie (p. e. le forchette) sono talvolta ingoiate dai pazzi.

L'erisipela della faccia si verifica dietro abrasioni o grande sudiciume della mucosa nasale; il catarro congiuntivale è spesso prodotto dall'imbrattamento con urina, muco vaginale ecc.

Il decubito si verifica come fenomeno neuropatico, favorito dall'impulizia, nei paralitici e nei marasmatici.

Non di rado si osserva una considerevole fragilità delle ossa, massime nei pazzi paralitici; questa per lo più è connessa alla scomparsa dei sali calcari e si trova prevalente nelle costole, le quali si possono tagliare col coltello. Le più piccole contusioni bastano a dar origine alle fratture di coste, le quali poi non di rado provocano le pleuriti.

Jolly ha di recente illustrato gli embolismi grassosi nei vasi polmonari, che si formano nei malati agitati in seguito a contusioni o lacerazioni nel pannicolo adiposo. In questi casi si ebbe dispnea, cianosi, collasso e morte. La sezione rivelò all'esame microscopico i vasi polmonari, fino nelle più minute diramazioni, ripieni di goccie di grasso. Nella sede delle contusioni in cui ebbe luogo l'assorbimento di grasso, si trovarono spesso dei focolai infiammatori o marciosi.

(1) Christian, *Ann. méd. psychol. 1873*, luglio; Schüle, *Allg. Zeit. f. Psych*, 39, Allen Hagenbach, *Journ. of. nerv. and mental disease 1881*, gennaio.

(2) Jolly, *Arch. f. Psych.* xi, H. 1.

Fenomeno degno di nota nei pazzi è il così detto *otoematoma* (1), il quale per lo più occupa la parte superiore ed esterna della cartilagine, poi la fossa navicolare e triangolare, raramente la conca, più spesso l'elice: per lo più è preso l'orecchio sinistro, più di rado il destro, talvolta però anche entrambi. Si osserva un tumore bluastro-roseo e fluttuante, più o meno piccolo, sul quale la pelle rimane intatta. Si sviluppa rapidamente, rimane stazionario per settimane o mesi e scompare lasciando l'orecchio raggrinzato.

Si tratta secondo alcuni di un'emorragia fra il pericondrio e la cartilagine; secondo Gudden invece la cartilagine si romperebbe, rimanendo del resto microscopicamente intatta. Mentre il sangue è riassorbito, il pericondrio si raggrinza e tira con sè la rimanente parte dell'orecchio, e così ha origine la deformità di questo. Siccome poi il pericondrio genera nuove cellule cartilaginee alla superficie interna, così si ha un'ispessimento della cartilagine.

Riguardo all'origine di questo interessante fenomeno esistono due ipotesi. Una serie di osservatori ritiene che l'affezione sia neurotico-discrasica. Questi fanno notare che l'otoematoma si sviluppa per lo più in seguito ad iperemie neuro-paralitiche dell'orecchio (paralisi vasale, nella via del trigemino, dell'orecchio esterno), e sopratutto che nei sani non si osserva mai, ma quasi esclusivamente nei pazzi e propriamente negli stati più gravi della pazzia (demenza paralitica, esiti in stati secondari d'indebolimento), dove preesistono dei disturbi vasomotori dei centri nervosi, che si rendono palesi cogli edemi, colle ecchimosi, col decubito. Il più piccolo trauma, come pure un semplice aumento nella pressione sanguigna, bastano a provocare un'emorragia in questi malati, i cui vasi hanno sofferto dei disturbi nella nutrizione per lo stato cachettico; mentre d'altra parte nei maniaci e negli epilettici, in cui i traumi sono all'ordine del giorno, l'otoematoma è una vera rarità.

(1) Fischer, *Allg. Zeit. f. Psych.* 5; Damerow, *id.*, 5; Gudden, *id.* 17; Jung 18; Fürstner, *Arch. f. Psych.* III, p. 353; Bouteille, *Ann. méd. psych.* 1878, luglio.

È poi notevole che l' otoematoma nei paralitici è frequentissimo; in questi si hanno delle neo-formazioni di vasi, non solo nel cervello, ma anche in altri organi, in seguito ad ipcremie neuro-paralitiche. I vasi neo-formati sono assai meno resistenti alle influenze esterne e ai cambiamenti di pressione.

Hoffmann ritiene che l'otoematoma sia un' infiammazione emorragica della cartilagine, analoga alla pachimeningite emorragica.

L. Meyer trovò come causa dell' otoematoma dei piccoli encondromi nella cartilagine auricolare, assai ricchi di vasi e capaci di dare emorragia al minimo trauma. Egli ne trovò anche nei malati non pazzi. Dove appaiono gli otoematomi preesisterebbero sempre questi piccoli neoplasmi cartilaginei e l'otoematoma si avrebbe sempre nel lato e nella sede in cui esistono questi encondromi.

Da altri autori è sostenuta l'origine esclusivamente traumatica. Per questa opinione varrebbe il fatto che la cartilagine è sempre rotta (?), che anche nei sani l' otoematoma può apparire dietro una forte azione meccanica, come risulta dagli esperimenti e dall'uso del cilicio dove si osservarono talvolta le orecchie rotte; vale poi l' altro fatto che l' orecchio sinistro è preso a prevalenza, come quello che più difficilmente può esser riparato dai pugni degli infermieri o da altri traumi; si aggiunga che, nei manicomi in cui sono con rigore impedite le offese ai malati, ed è impedito a questi di farsene, l'otoematoma non si manifesta quasi mai. Stahl, riguardo alla sua origine, ritiene che l' otoematoma stia ai pazzi come il cefaloematoma sta ai neonati.

La discussione fra queste controversie non è ancor finita. La verità deve essere cercata nel mezzo. Si ponga mente al fatto che è necessario un trauma considerevole per produrre l' otoematoma nel sano, e sarà per lo meno necessario ammettere nei pazzi una notevole disposizione all' insorgere dell'otoematoma, consista questo, o in una malattia discrasica dei vasi, o in un' iperemia neuroparalitica, o negli encondromi. La circostanza che l' orecchio sinistro è prevalentemente affetto non appoggia l' ipotesi traumatica, poichè anche le malattie vegetative (per

es. le pneumoniti e le neuralgie) si hanno prevalentemente alla metà sinistra del corpo, che è a riguardarsi come il *locus minoris resistentiæ* dell'organismo.

Che l'otoematoma colpisca i savi può essere, ma bisogna escludere che questi siano esenti da predisposizioni. Conobbi un collega, il quale aveva l'orecchio sinistro raggrinzato, residuo di un otoematoma. Il maestro gli aveva tirato l'orecchio fin da quando era bambino. Però le mie ricerche mi fecero conoscere che nella sua famiglia vi erano stati parecchi pazzi ed egli stesso era un uomo eccentrico ed originariamente abnorme. Il significato prognostico infausto che si vuole attribuire all'otoematoma nei pazzi, non è interamente giusto.

La cura aspettativa dell'otoematoma riesce, secondo l'esperienza, vantaggiosissima.

Koeppe ha dimostrato la presenza di una lesione analoga nella cartilagine nasale, *rinoematoma. (De hæmatom. cartilag. nas., Habilitationsschrift 1867).*

CAPITOLO III

Prognosi della pazzia (1).

Fra i quesiti di cui è responsabile l'alienista vi ha la prognosi. Spesso, e per diversi motivi, questa ci è domandata. Ora sono i parenti, i quali, interessati del destino del malato o delle faccende finanziarie relative (continuazione di un contratto, conservazione od alienazione di beni, interdizione, ecc.), desiderano sapere l'esito della malattia. Ora sono i giudici, per questioni forensi risguardanti il ritorno in servizio o la pensione di un impiegato, il collocamento di un condannato in un manicomio in caso d'inguaribilità; e finalmente in certi paesi la pazzia inguaribile è considerata come un argomento sufficiente per il divorzio.

Ad un'adeguata risposta sulla prognosi si oppone la difficoltà tecnica, la quale è basata sopra dati insufficienti intorno alla derivazione, alla costituzione, alla anamnesi, sull'incertezza della patogenesi e la latenza temporaria dei fenomeni morbosi, per cui non può scaturirne un materiale semeottico ricco o sicuro.

Soltanto di rado noi siamo in caso di porre la prognosi con piena sicurezza, e invece nel più dei casi dobbiamo limitarci ad esprimere delle probabilità piuttosto che delle sentenze assolute.

(1) Guislain, *Geisteskrankheiten*, traduz. di Lähr, p. 338 (colla letteratura più remota); Morel, *Traité des malad. ment.*, p. 495; Flemming, *Psychosen*, p. 269; Nasse, *All. Zeitschr. f. Psych.*, 3, p. 589; Focke, id. 4, p. 283, Hertz, id. 26, p. 736; Frese, id. 32; Böttger, *Irrenfreund*, 1873, p. 165; V. Krafft, id. 1871, p. 33; Griesinger, *Journ. of ment. science*, 1865, ott.; Ray, *Americ. Journ. of insanity* 1871, ott.; Hagen, *Statistische Untersuchungen*, p. 314; Jensen, *Börner's Wochenschr.*, quarta annata, n. 41; Lagardelle, *Pronostic de l'aliénat. mentale*, Paris 1880.

Le richieste sulla prognosi possono riguardare la durata della vita, il ritorno della salute psichica, la recidiva, la trasmissibilità ereditaria.

1. Prognosi quoad vitam.

A questo riguardo si può soltanto dire che la pazzia abbrevia la durata media della vita. La causa di ciò risiede in parte nella grande morbilità dei pazzi, massime per tubercolosi, come pure nella prognosi grave che portano con sè le malattie complicanti nei pazzi, in parte in ciò che il disturbo nutritivo del cervello diviene facilmente formativo (delirio acuto, ecc.), o conduce all'inanizione del cervello e ad altre complicazioni (edema cerebrale, convulsioni). E inoltre alla malattia mentale si accompagnano gli attentati contro se stesso, il rifiuto al cibo, l'insonnio, gli affetti ansiosi. La prognosi *quoad vitam* dipende direttamente:

a) dalla natura del processo morboso; le malattie idiopatiche, massime la demenza paralitica ed il delirio acuto, conducono quasi sempre alla morte;

b) dall'età: in età avanzata si verifica facilmente l'esaurimento letale;

c) dallo stadio e dal decorso della malattia; più impetuoso è il decorso e più recente la malattia, più grande è il percento della morbilità.

Secondo Béhier, sopra 17167 pazzi ne morirono il 12 0[0 nel primo mese della malattia, il 7 0[0 nel secondo, il 6 0]0 nel terzo.

Negli stadi ulteriori della pazzia la mortalità diminuisce notevolmente, ma rimane 5 volte più grande di quella dei sani di eguale età (Hagen, *Statistische Untersuchungen*, p. 281).

In certi individui lo spegnersi degli affetti, collegato al progresso della malattia, la vita calma, regolata, puramente vegetativa del manicomio, possono avere un'influenza conservatrice. Così si hanno nei manicomi degli individui fra gli 80 ed i 90 anni, i quali divennero pazzi da 50 a 60 anni.

2. Prognosi della guaribilità.

Specialmente grave è la prognosi *quoad valetudinem.* Qui non abbiamo alcun criterio infallibile di inguaribilità. L'anamnesi, l'etiologia, la patogenesi, il decorso, la frequenza di certi sintomi sono i punti di vista sui quali dobbiamo basarsi nel caso concreto (1). In genere la pazzia, purchè sia curata convenientemente, deve considerarsi come una malattia guaribile.

Il percento delle guarigioni oscilla, nei migliori stabilimenti, fra il 20 ed il 60 0[0. Le differenze dipendono dalla frequenza dei momenti degenerativi nella popolazione, dal grado di coltura dei medici i quali debbono riconoscere e curare la malattia; finalmente dal grado di coltura del pubblico nel riconoscere il tempo utile per la reclusione nel manicomio.

Alcuni argomenti prognostici generali si rilevano dalla durata, dal decorso, dai sintomi speciali e dalle condizioni etiologiche del caso morboso.

a) *Durata.* — Rimane inalterabile il concetto che, più la durata è lunga, più infausta è la prognosi. La guaribilità rimane per tal modo inversamente proporzionale alla durata della malattia. Le guarigioni più frequenti (fino al 60 0[0) si contano nei primi mesi di malattia, nel secondo mezzo anno si ha il 25 0[0, nel secondo anno soltanto il 2, 5 0[0. Un limite assoluto sull'epoca della guarigione non può del resto stabilirsi. Si dànno dei rari casi in cui una malattia che durava da anni, dietro una grave malattia somatica (tifo,

(1) Schüle, (*Handb.* p. 365) ritiene che i processi morbosi psichici consistano in un'affezione dei centri psichici, collegata all'inquinamento ereditario e alla evoluzione fisiologica dell'età, ma specialmente allo sviluppo cerebrale individuale, cui si collega il grado d'intensità della forma morbosa in ogni singolo caso.

colera, intermittente) (1), come pure dopo un trauma al capo (2), è seguita da guarigione. Anche nella menopausa possono guarire delle psicosi a fondo sessuale, che duravano da lunghi anni.

La legge della guaribilità può finalmente incontrare le influenze delle circostanze esterne. Se queste sono sfavorevoli, allora, dopo una breve durata di esse, può divenire incurabile quel caso che, in condizioni felici, alle quali per lo più adempie la reclusione nel manicomio, avrebbe avuto molte probabilità di guarigione.

b) *Decorso.* — L'esordio brusco di una psicosi, ammette in generale un prognostico più fausto che là dove la malattia si sviluppa lentamente e sotto momenti nocivi, continui e progressivi. Nel primo caso si ha un decorso più rapido, acuto, che non concede persistenza e sistematizzazione ai sintomi; nel secondo si ha un aspetto generale che accenna alla trasformazione morbosa dell'intera personalità, con tendenza spiegata alla sistematizzazione delle idee deliranti. Per lo meno in questo caso è da aspettarsi sicuramente un decorso cronico.

L'opposto va detto riguardo al risolversi di una psicosi cronica. Una guarigione rapida non è che apparente ed è per regola soltanto una intermissione seguita presto dalla ricomparsa dei fenomeni; la vera guarigione è lenta e si fa per lisi, favorita dalle remissioni sempre più notevoli, che conducono all'esito desiderato. Quanto più un quadro morboso presenta nel dettaglio del suo decorso il carattere di una psicosi mite, benigna, (psiconeurosi), tanto più fausta sarà la prognosi. La evoluzione progressiva di un complesso sintomatico sempre più grave, come avviene nelle psicosi che si originano da una neurosi, il manifestarsi primitivo delle idee deliranti, il decorso proteiforme o

(1) Belhomme, *Ann. méd. psychol.* 1849, ott.; Fiedler, *Deutsches Arch. f. Klin. med.*, XXVI (con letteratura completa).

(2) Hoffmann, *Oper. suppl.*, seconda parte, § 10 e 15; Schenk, *Observat. med. rar*, lib. 1, oss. 8 e 9; Arnold, traduz. di Akermann, 1878, p. 113; *Allg. Zeit. f. Psych.* 8, p. 274; Jaworscki, id. 35, p. 644; Stenger, id. 37, p. 725. (Guarigione di una psicosi di lunga durata, in seguito a suppurazione profusa da frattura complicata alla gamba).

strettamente periodico, riguardo al riapparire dei sintomi o degli accessi, parlano per una degenerazione psichica e sono in generale di cattivo augurio.

Una certa alternativa di sintomi, purchè questi non siano proteiformi o periodici, comporta un prognostico più fausto che non la stazionarietà degli stessi, massime per le illusioni sensoriali e le idee deliranti, che finiscono poi per sistematizzarsi.

c) *Etiologia.* — Di grandissimo significato prognostico è il sapere se la psicosi sia legata ad una disgrazia che agì come momento causale valevole, oppure se questo momento si possa trovare nella costituzione, in base ad una predisposizione ereditaria o di altra natura. Se la pazzia si sviluppa su questo terreno cedevole, essa sarà in dipendenza patogenetica collo sviluppo e la natura anomala del carattere, rappresenterà soltanto un aumento patologico delle anomalie di questo, accennerà da principio ad uno sviluppo progressivo dei fenomeni elementari neurotici o psicopatici, fino alle forme più gravi; quindi la prognosi è infausta, massime quando lo esordio non è brusco, ma il quadro morboso accenna a fenomeni di degenerazione e ad una costituzione psichicamente abnorme.

Sotto questo punto di vista deve essere studiato il problema dell'eredità (1), che presenta vedute prognostiche diverse.

Se il fattore ereditario si limita ad una semplice disposizione che non si estrinsecò menomamente prima della malattia con anomalie neurotiche o psichiche; o in altre parole se si ha soltanto nel cervello un *locus minoris resistentiæ,* senza gli

(1) JUNG, *(Allg. Zeitschr. f. Psych.* XXI, p. 642) trovò in casi certamente ereditari il 45, 5 0[0 di guarigioni negli uomini e il 46, 9 0[0 nelle donne, che fan contrasto col 38, 47 0[0 di guarigione negli uomini e 38, 5 0[0 nelle donne non aventi ereditarietà. Io stesso *(Allg. Zeit. f. Psych.* 26, n. 4 e 5*)*, tenendo distinti gli ereditari in semplicemente predisposti, in degenerati e in congeniti, trovai nella prima categoria il 58, 4 0[0 di guarigione negli uomini e il 57 0[0 nelle donne; nella seconda il 16 0[0 negli uomini, il 13, 2 0[0 nelle donne; nell'ultima 0 0[0 in entrambi i sessi. Vedi anche la statistica di Illenau, *Carlsruhe*, 1866, p 30 e tav. 24.

altri segni di disturbi di sviluppo o di degenerazione funzionale, allora la prognosi apparirà più fausta di quello che nei casi non ereditari. Le influenze nocive accessorie agiranno allora direttamente come morbigene, ma non potranno danneggiare profondamente delle funzioni che si trovano già in equilibrio instabile; ma invece l'equilibrio molecolare si ristabilirà nell'organo psichico dopo il primo disturbo. Mentre invece nei casi non ereditari, in cui un disturbo psichico è provocato senza disposizione da una causa qualunque, l'influenza di quello deve esercitarsi molto più profondamente e la guarigione ne deve essere più difficile.

Ben altro avviene quando l'eredità si manifesta *ab ovo*, con difetti di carattere, eccentricità, cattiva organizzazione delle energie psichiche, sopratutto con accompagnamento di fenomeni degenerativi; talchè la malattia figura allora come l'ultimo sviluppo psicopatico dell'individuo. La prognosi qui è triste, e nelle malattie psichiche congenite (paranoia originaria, pazzia morale), presso a poco chiusa alle speranze. Se la degenerazione psichica trova la sua espressione in uno stato congenito di indebolimento mentale, e la pazzia si sviluppa in un imbecille, la prognosi, avuto riguardo allo *status quo ante*, sarà molto più infausta che in un individuo sano di mente prima d'allora.

Alle psicosi degenerative stanno vicini direttamente, per gravezza prognostica, i disturbi psichici idiopatici, e acquisiti. La pazzia da traumi al capo, insolazione, apoplessia, meningite, ammette per lo più una prognosi infausta. Fra le forme più benigne vi è la lue cerebrale; tuttavia nel più dei casi anche qui la guarigione non va disgiunta da qualche difetto.

La prognosi dei disturbi simpatici dipende specialmente da ciò: se sia o no possibile il rimuoverli.

Fra le più fauste sono le psicosi da anemia, disturbi mestruali, affezioni guaribili dell'apparecchio digerente e genitale. Una prognosi piuttosto grave ammettono le psicosi da malattie cardiache e da tubercolosi polmonare.

La pazzia postfebbrile ha una prognosi diversa, a seconda che essa si sviluppa da gravi complicazioni cerebrali od è soltanto l'espressione di anemia e di esaurimento.

La pazzia da abusi alcoolici ammette una prognosi fausta riguardo a certi casi. Le recidive sono all'ordine del giorno. La pazzia cronica dei bevitori si basa sopra un grave disturbo cerebrale idiopatico ed ammette per lo meno una guarigione difettosa. La pazzia da esaurimento sessuale e da onanismo lascia, almeno da principio e quando è sotto forma di disturbo affettivo, sperare la guarigione.

La pazzia delle gravide, delle puerpere, delle lattanti finisce, nel più dei casi, colla guarigione (1).

Se la malattia esordisce in giovane età, è cosa molto più fausta di quello che se essa esordisce in età molto avanzata. In questo caso è decisivo il fatto se esistano o no dei segni di involuzione cerebrale senile. In un cervello valido le psicosi possono guarire anche in età avanzata.

Le psicosi infantili, in causa dell'etiologia fondata sulle disposizioni ereditarie e sopra momenti organici, ammettono una prognosi per lo più infausta e lasciano temere per gli ulteriori periodi della vita psichica.

Le psicosi che si sviluppano nelle fasi fisiologiche della pubertà e del climaterio, ammettono una prognosi fausta solo quando si sviluppano come psiconeurosi o sul fondo di una semplice predisposizione, non di una degenerazione.

La pazzia che prende le mosse dall'isterismo o da altre neurosi, ammette una prognosi fausta solo quando ha un carattere intercorrente ed affettivo; ma se essa figura soltanto come uno stadio nello sviluppo del decorso di una neuro-psicosi, di una psicosi trasformata, sarà sempre un segno infausto.

Non si può stabilire una prognosi sul fatto che la malattia è provocata da un momento psichico piuttosto che da uno somatico. È più importante la circostanza se la causa psichica agi rapi-

(1) Schmidt avrebbe osservato un per cento di guarigione soltanto del 36, 2 0[0, Holm trovò il 40 0[0; Ripping il 42, 8 0[0; Lübben, il 63, 4 0[0; Reid il 71, 5, Macdonald l'81 0[0. Le psicosi della gravidanza osservate dallo Schmidt diedero il 33, 3 0[0, quelle del puerperio il 39, 3 0[0, quelle dell'allattamento il 31, 7 0[0. In tutti i casi la mania è sempre meno grave della melanconia.

damente, oppure gradatamente. Una causa che agisce transitoriamente, anche in modo violento, comporta una prognosi molto più fausta di una che agisce da lunghi anni, invalidando a poco a poco la costituzione fisica e mentale.

Un dolore incessante, un desiderio, un'aspirazione non conseguita, una passione violenta, sono anzitutto i fattori che, lentamente ma sicuramente, abbattono la vita psichica. Vengono inoltre i bisogni materiali, il bere ed altri vizi, che fan sì che la guarigione sia appena a sperarsi.

La pazzia che si origina per contagio psichico ammette una prognosi fausta, purchè abbia luogo in tempo l'allontanamento dell'elemento influenzante.

d) *A seconda dei sintomi.* — *a*) *Psichici.* — Un grande annebbiamento della coscienza quando si sviluppa gradatamente, parla per un quadro morboso grave: la rapida e primitiva comparsa del disturbo della coscienza è sempre un più fausto fenomeno.

Un grande disordine, quando non si sviluppa nell'acme di una psicosi, è infausto; se esso si origina alla fine dello stadio acuto o quando si sono spenti gli effetti, accenna per lo più al sopraggiungere di un indebolimento psichico consecutivo.

Gl'indebolimenti della memoria, massime parziali, i ricordi della giovinezza alterati, parlano per una grave malattia idiopatica.

Le stravaganze dei sentimenti, dei pensieri, le cattive tendenze, le eccentricità nel decorso di una psicosi che è sul declinare, parlano per uno stato d'indebolimento che s'innoltra, mentre d'altra parte il ritorno delle tendenze ed abitudini di prima, dei sentimenti etici e dei giudizi morali lascia sperare una pronta risoluzione della malattia.

La perdita del senso del pudore, la sudicieria, purchè non si tratti dell'acme di una mania, parlano per una decadenza psichica.

La coprofagia, il godimento nel far cose schifose trovansi sopratutto nei profondi e gravissimi disturbi della coscienza.

L'insensibilità al freddo, al caldo, alla luce del sole, il mancante senso di sazietà, sono segni cattivi e così pure le anestesie.

L'eccitamento sessuale in età ancor giovanile non ha alcun significato prognostico grave; lo può invece avere l'eccitamento sessuale quando non si è più capaci di generare.

La creazione di parole nuove trovasi quasi esclusivamente negli stati di pazzia inguaribile. L'afasia parla per una forma idiopatica, organica. Le azioni violente ed impulsive sono a prevalenza fenomeni delle psicosi degenerative.

La tendenza a raccogliere tutti gli oggetti di nessun valore è di mal augurio, quando non è prodroma od epifenomeno di una mania.

Le idee deliranti sono fenomeni infausti, purchè si trovino primitivamente, senza fondamento affettivo, e conservino un carattere primordiale.

I sintomi psichici e gli affetti che si mantengono nella via delle spiegazioni allegoriche ecc., sono di per sè non infausti.

In generale, le idee di grandezza sono prognosticamente più infauste delle idee depressive; fra queste, quelle che si sviluppano in base ad un sentimento diminuito di se stesso, sono molto più benigne delle idee di persecuzione.

Le idee fisse trovansi quasi esclusivamente negl'invalidati da labe gentilizia.

I disturbi sensoriali sono di cattivo augurio, massime se stazionari e se comuni a più sensi.

Le illusioni sono meno pericolose delle allucinazioni; fra queste le uditive, gustative ed olfattive sono più infauste delle visive.

b) *Somatici.* — I disturbi motori di ogni natura hanno un prognostico speciale e per lo più infausto, in quanto che accennano a gravi malattie idiopatiche. Ciò vale segnatamente per le convulsioni, le paralisi, i disturbi di coordinazione ecc., purchè non siano fenomeni di una neurosi isterica.

Meno infauste sono le forme della tetania e della catalessi. Il tremore trovasi anche in seguito all'alcoolismo, all'anemia,

agli eccitamenti nervosi, e non ha perciò il significato prognostico degli altri disturbi motori.

La differenza delle pupille, lo strabismo possono accidentalmente essere abituali e, soltanto in connessione con altri sintomi, sono da ritenersi per segni di qualche valore. I disturbi del linguaggio (balbettamento) Esquirol ha ravvisato come precursori di un esito letale; essi parlano sempre per una grave malattia idiopatica (paralisi); e l'arrotamento dei denti ha lo stesso significato.

Lo sguardo, l'aspetto, il contegno sono fenomeni prognosticamente molto importanti. La floscezza dei muscoli, il mento cadente sul petto accennano per lo più al passaggio in demenza; ugualmente il rilasciamento degli sfinteri, il fluire della saliva senza aumento nella secrezione di essa.

Sono specialmente di grande pregio prognostico i cambiamenti dell'innervazione mimica. Quando l'esito è infausto, spesso è tradito da uno sguardo inespressivo, da una faccia contratta ed asimmetrica, per disuguale innervazione e per spasmo muscolare.

Insonnia e sitofobia, quando non siano transitorie, sono fenomeni infausti e non meno lo sono i gravi disturbi trofici (decubito, otoematoma) ed il calore continuamente subnormale od ipernormale.

La riapparsa delle mestruazioni ha soltanto un significato critico quando i disturbi mentali tengono alla soppressione loro. Del resto la comparsa di questa funzione accenna ad un miglioramento nelle condizioni generali ed è perciò fausta, ma tuttavia in molti casi non ha alcuna importanza. Fra i più importanti segni prognostici, che si collegano a disturbi psichici, abbiamo finalmente il comportarsi del peso e, rispettivamente, della nutrizione dei malati. Nasse in questo campo prognostico, si è acquistato un gran merito (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 16, p. 541).

Un miglioramento psichico parallelo ad un aumento nel peso, o preceduto da esso, massime quando è rapido, appare secondo le ricerche di Nasse come un segno sicuro di convale-

scenza. Una leggera diminuzione nel peso del corpo, dopo raggiunto il maximum di esso, è un indizio di guarigione.

Quando si verifica un miglioramento psichico senza, o senza notevole aumento nel peso, la guarigione è dubbia ed è da aspettarsi la recidiva. Se la nutrizione aumenta senza chc la psicosi sia migliorata, ciò indica il passaggio ad uno stato di indebolimento psichico inguaribile.

Quanto più a lungo una psicosi si sofferma nel suo acme, tanto più è accompagnata da diminuzione nel peso. Se questa è rapida ed enorme, ciò parlerà per una grave malattia cerebrale progressiva o per una complicazione della psicosi ad una grave malattia generale, per es. la tubercolosi.

3. Prognosi sulla recidiva.

La prognosi sulla recidiva (1) deve anzi tutto interrogare la statistica, la quale dice che su 100 malati dimessi come guariti dal manicomio, ne ammalano di nuovo circa 25. Nei singoli casi ciò dipende sopratutto da condizioni biologiche, etiologiche ed esterne. Un disturbo mentale avvenuto accidentalmente, per es. come postfebbrile dopo un tifo, senza alcuna disposizione, si ripeterà raramente; mentre un disturbo mentale sul fondo di una disposizione, massime ereditaria, include sempre un pericolo per la personalità, sia sotto influenze accessorie nocive di ogni natura, sia anche sotto le fasi fisiologiche capaci di far perdere al cervello il suo labile equilibrio.

E così le misere condizioni sociali, il cattivo trattamento dell'individuo ritornato in famiglia, la rovina delle finanze in causa della malattia, il riprendere le cattive abitudini (bere) sono condizioni molteplici di recidiva. La sorgente di preservazione notata da Dick (2), che dà alle donne il matrimonio in rapporto alla recidiva, fu altrove trattata.

(1) Hertz, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 25, p. 410. 26, p. 337 e 736; Hagen, *Statist. Untersuchungen*, p. 235.

(2) *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 32, p. 567; lo stesso, *Irrenfreund* 1877, 6; Nasse, id. 1877, 3.

4. Prognosi sull'eredità.

Una prognosi sopratutto scabrosa, non altro che concreta e da emettersi solo con probabilità, è quella che riguarda la trasmissione ereditaria (1).

Il punto difficile e decisivo giace evidentemente nella patogenesi della psicosi di cui è a temersi l'influenza ereditaria.

Se la psicosi ha un fondamento ed un carattere più o meno degenerativo, vi sarà grande pericolo di eredità; per la psicosi casualmente acquisita, in nessun modo radicata, benigna, guarita senza difetti, non vi è alcuna probabilità d'influenza ereditaria nociva nella posterità. Questa è tuttavia possibile se il discendente fu generato nel tempo in cui esisteva la psicosi.

Riguardo alla possibilità o probabilità di un'influenza ereditaria nella discendenza, per disposizione o malattia dell'ascendenza, sono da considerarsi i seguenti argomenti.

Il caso più grave è che il padre e la madre siano entrambi disposti, o malati di mente molto tempo prima di generare i figli, e tanto più se di una forma avente tutte le impronte di una degenerazione. In tal caso la malattia dei discendenti, sotto una forma qualsiasi, è da ritenersi come sicura. Soltanto la legge dell'atavismo potrà salvare una generazione nel caso che i progenitori fossero stati sani.

Se solo il padre è disposto o malato, o solo la madre, qui appare la questione: « a quale degli ascendenti il discendente assomiglia? ».

A proposito di questa tesi Richarz (*Allg. Zeit. f. Psych.*, 30, p. 658) si è occupato con molta profondità antropologica. È giunto alla conclusione che il sesso dei genitori non possiede per sè alcun attributo di prevalente trasmissibilità, ma lascia la sua impronta nel modo fondamentale di essere, nel grado più elevato di organizzazione dell'individuo generato, maggiore quest'impronta nel maschio che nella femmina.

(1) Hagen, *Statist. Untersuch.* p. 28 e 243 (Katamnese).

La parte più importante del processo della generazione si compie nell'organismo materno. L'influenza dello sperma consiste soltanto nel dare un impulso motorio allo sviluppo del germe ed inoltre nel contribuire fornendo le singolarità specifiche della parte virile; ma sulla determinazione del sesso questa influenza è nulla.

Quanto più elevato è il potere di generazione materno, tanto più sarà probabile la nascita di un maschio, e quanto più tenue è l'influenza qualificatoria del padre è più facile che il bambino assomigli alla madre. Questa somiglianza si osserva piuttosto che nei lineamenti e nella taglia del corpo, in certi caratteri differenziali ed importanti di razza, quali il colore della pelle, dei capelli, dell'iride. (*Huxley*, *Virchow*). Nei casi più propizi si osserva l'eredità incrociata di questi caratteri somatici (figlia somigliante al padre, figlio alla madre). Un segno degenerativo di lieve grado è l'eredità sessualmente non incrociata (figlio somigliante al padre, figlia alla madre). Un fatto decisamente degenerativo, e non di rado un segno per spiegare la pazzia in una famiglia fino allora intatta, trova Richarz, d'accordo con Morel *(De l'hérédité morbide progressive)*, in quei casi in cui il generato non assomiglia a nessuno dei genitori.

Tutti gli autori (Esquirol, Baillarger, Jung ed altri) si accordano in ciò che la pazzia della madre (1) è più pericolosa pei discendenti di quella del padre. Ciò corrisponde alle leggi naturali che valgono anche per gli animali, e cioè che il sesso femminile, come quello che prevale nella via generativa, contiene maggiori elementi ereditabili dai discendenti di quello che il maschile. Per egual ragione, come Richarz ammette, la figlia, come sesso inferiore, eredita la malattia dei genitori prima del figlio; ed è notevole che dalle statistiche appare come nelle donne la pazzia a fondo ereditario dia una proporzione del 6 0|0 maggiore di quanto avviene pei maschi (Jung).

(1) Jung, *(Allg. Zeitschr. f. Pysich)* trova che la pazzia si eredita per lo meno per un terzo di più dalla madre che dal padre

Jung mise già in evidenza come siano specialmente le analogie corporee che hanno importanza nella questione dell'eredità, e formolò la seguente tesi: « Se un discendente eredita l'abito somatico del suo ascendente degenerato, ne erediterà pure la costituzione psichica, e se l'ascendente ammala, esisterà una grande probabilità che anche il discendente diventi pazzo in modo analogo e sotto momenti occasionali approssimativamente uguali ».

Richarz, dietro le sue indagini profonde, crede di poter stabilire la seguente scala di probabilità nell'ereditarietà delle malattie psichiche:

I. Se la madre è malata, sono in pericolo:
1° la figlia che assomiglia alla madre;
2° il figlio » »
3° il figlio » al padre
4° la figlia » »

II. Se il padre è malato, sono in pericolo:
1° il figlio che assomiglia al padre;
2° la figlia » »
3° la figlia » alla madre;
4° il figlio » »

Fra i più disposti figura dunque la figlia che assomiglia alla madre malata, e fra i meno disposti figura il figlio che, avendo malato il padre, assomiglia alla madre.

La completa dissimiglianza (originalità) dai tipi somatici dei genitori è un segno di degenerazione.

Il significato intimo e profondo di questi punti di visita prognostici per la degenerazione degli individui o dei popoli, merita di essere conosciuto e considerato.

Gli individui degenerati neuroticamente, o disposti alla tubercolosi dovrebbero astenersi dal generare. Sventuratamente in questi individui esiste appunto per lo più un istinto sessuale aumentato ed è a deplorarsi che questi flagelli dell'umanità, di cui i primi assorbono 1|300, i secondi 1|320 dell'energia totale della società *(Tigges)* siano piuttosto in aumento che in diminuzione.

SEZIONE V

Diagnostica generale (1)

La questione generica se un individuo sia sano di mente o malato, può essere diretta al medico in tribunale e al letto del malato.

In foro gli può essere posta tale questione, quando il giudice sia in dubbio se le anomalie psichiche esistenti siano semplicemente l'espressione di un animo pieno di affetti, di un eccitamento appassionato, dell'abbandono in preda ai proprii istinti e alle tendenze immorali, di un'astuta simulazione, ecc., oppure il seguito naturale di una malattia cerebrale fondamentale. Il magistrato ha bisogno di questo schiarimento per stabilire se un individuo che commise un'azione contraria alla legge debba esser punito e privato della libertà di cittadino, ovvero soltanto della libertà personale, colla collocazione in un manicomio.

Al letto del malato si stabilisce la questione se i sintomi psichici osservati esistano di per sè, come espressione di una alterazione mentale da potersi giudicare clinicamente una malattia mentale, ovvero se quelli esistano soltanto sintomatica-

(1) Griesinger, *Pathol. u. Thérapie d. psych. Krankheiten*, p. 116; Emminghaus; *Allg. Psychopathol.*, p. 251; v. Krafft, *Lehrb. der gerichtl. Psychopathol.*, p. 63; Schüle, *Handb.* p. 161 e 593.

mente come fenomeno parziale di un disturbo generale (delirio febbrile, da inanizione), di un avvelenamento o di altra malattia cerebrale o nervosa.

Come è facile e sicura la diagnosi in genere se un tale sia pazzo o no, talchè in molti casi può giudicarne anche il profano, si danno tuttavia dei casi, i quali mettono a cimento tutto il sapere e l'esperienza del medico perito e non possono stabilmente ed esplicitamente essere definiti. La causa sta in ciò sopratutto, che nella pazzia non esistono dei sintomi specifici che, al solo palesarsi, siano decisivi, ma quelli acquistano valore solo quando siano rettamente connessi ed interpretati.

Se è difficile spesso nel campo delle malattie corporee, in cui l'esame fisico è di tanto aiuto alla diagnosi, distinguere quando la salute passa a malattia, tanto più lo sarà nel campo psichico in cui una norma di salute mentale è da ritenersi soltanto come ideale, in cui non vi ha individuo perfettamente uguale all'altro, e dove gli affetti, le passioni, le aberrazioni dei sentimenti, delle idee, degli istinti della maggioranza degli uomini, come pure le anomalie dell'intelligenza e le illusioni sensorie sono possibili nei limiti ancor fisiologici, e, quando anche siano a considerarsi come disturbi psichici elementari, sono tuttavia conciliabili colla chiarezza mentale e col libero arbitrio.

Le difficoltà che insorgono dalla natura del soggetto vengono altresì aumentate da ciò che lo sviluppo dei disturbi psichici in questione, sopratutto la vita antecedente, rimane sconosciuto, o quei disturbi si sono sviluppati insensibilmente da anomalie abituali del carattere, da passioni, condotta viziosa ed immorale; e il sospetto di una simulazione deve sempre esser presente all'esploratore. Finalmente il tempo dell'osservazione può essere breve ed aversi a che fare con una forma periodica, ovvero non ancora sviluppata.

Come regole fondamentali diagnostiche nel campo psichiatrico, possono ammettersi i seguenti punti di vista generali:

1° I disturbi mentali sono affezioni cerebrali, con sintomi, prevalentemente, ma non esclusivamente psichici. Se questi

debbono pesare nella bilancia riguardo al giudizio dello stato mentale, la diagnosi però non deve fondarsi solo sopra di essi. Anche gli svariati segni di una malattia cerebrale o nervosa debbono essere investigati, la diagnosi psicologica deve essere anzitutto neuropatologica. Può esser cosa prudente il lasciar da parte i disturbi psichici dubbi e preliminari, e risolvere la questione dietro esistenza di una malattia cerebrale o nervosa (acquisita o congenita). Si troveranno allora, accanto a dei segni anatomici e funzionali di degenerazione, accanto a dei disturbi vasomotori e sensitivi, anche dei sintomi psichici prima di dubbio valore (emotività, affetti patologici, atti perversi, tendenze immorali, ecc.), il cui significato sarà posto in retta luce; e l'ipotesi che anch'essi siano morbosi, (alcoolismo cronico, pazzia degenerativa, morale, epilettica) si accosterà alla certezza.

2° Le malattie mentali, come Schüle ha di recente messo in vista *(Hdb.* p. 163), sono non solo malattie del cervello, ma nello stesso tempo anche malattie della persona. L'intera personalità precedente e la derivazione devono essere studiate e la diagnosi psicologica dev'essere corroborata dall'antropologica. Il busillis per la diagnosi generale e speciale giace incontestabilmente nell'anamnesi. L'individualità complessiva, il ricercare come si sia formata, il modo abituale antecedente di sentire e reagire costituiscono un problema, massime per quanto riguarda la costituzione psichica ereditata o congenita. Il momento ereditario, l'educazione, le sorti della vita sono i fattori dai quali scaturisce l'individualità. Al primo di questi spetta un significato non piccolo nel giudizio delle contingenze psichiche tanto morbose che fisiologiche.

3° Le malattie mentali sono sopratutto malattie. Esse decorrono inoltre insieme a dei disturbi vegetativi. L'esame corporeo esatto deve man mano associarsi all'esame psichico; soltanto con entrambi noi saremo in grado di distinguere se si tratta di una psicosi indipendente o di un disturbo sintomatico delle funzioni psichiche. I sintomi somatici più importanti sono i disturbi del

sonno, della nutrizione, della digestione, della funzione intestinale, delle secrezioni. Essi hanno tuttavia un valore positivo soltanto negli stadi iniziali della pazzia. Negli stadi finali di questa tali disturbi possono esser completamente scomparsi, e la loro mancanza può non avere alcuna forza probativa.

4° La pazzia, come malattia, ha le sue cause. Una malattia mentale è di per sè un fenomeno non comune. Essa deve quindi avere un motivo sufficiente, sia in una disposizione potente, sia nell'intensità speciale o nella frequenza delle cause accidentali. L'osservazione psicologica deve essere rischiarata dall'etiologico-patogenetica. Più pronti e più patogeneticamente chiari sono i sintomi dei cambiamenti psichici in connessione alle cause, più grande sarà la loro importanza.

Il valore delle deduzioni etiologiche di un caso è scemato soltanto da che talvolta nessuna causa appare ben palese e che una manifestazione depressiva lascia il dubbio se essa non sia per caso un fenomeno di reazione fisiologica.

Quando non esiste alcuna causa occasionale, esiste sempre una disposizione congenita od acquisita, od anche una malattia congenita. Qui appunto l'anamnesi diffonde luce colle sue ricerche antropologiche ed etiologico-cliniche, in quanto che apprende a conoscere degli stati morbosi incerti, lo sviluppo di una personalità difettosa e morbosamente disposta fin dall'infanzia. Più difficile è il secondo caso, in cui la disposizione dolorosa dell'animo può essere considerata come una reazione naturale ad una causa deprimente. L'affetto doloroso del sano in limiti ancor fisiologici e l'incipiente depressione morbosa, possono presentare in tutto e per tutto gli identici segni. Più decisivo che non tutto il decorso, sarà in questo caso l'esatta conoscenza del modo abituale di reazione dell'individuo ed il minuzioso e dettagliato esame dei sintomi.

Se la causa nota è futile e la sua influenza nell'individuo è inabitualmente intensa e lunga; se la disposizione triste dell'animo aumenta invece di diminuire, se dura anche lungo tempo e forte, quantunque la causa sia tolta, nascerà allora il sospetto di un precedente stato patologico dell'animo. Il

sentimento doloroso del sano non è però punto generalizzato e rimane in certo modo ancora accessibile alle impressioni ricevute, mentre la disposizione morbosa dolorosa dell'animo travolge con sè i sentimenti anche di natura estranea all'umore e non conosce che dei cambiamenti d'intensità. Qui si ha un aumento spontaneo della disposizione dolorosa, degli affetti della paura, dell'angoscia, della pena in seguito a condizioni interne psichiche ed organiche, che manca nello stato anche esuberante d'affetti del savio, oppure si mostra in esso motivato da una causa esterna. L'individuo disposto dolorosamente ha finalmente non di rado una esatta coscienza della malattia che pesa sopra di lui; soffre disturbi nelle sue funzioni sensorie (mal di capo, vertigini, insonnio, senso di arresto del pensiero, di vuoto nelle idee, pesantezza al capo ed all'epigastrio), iperestesie e neuralgie. Anche i processi della nutrizione soffrono; il peso del corpo diminuisce nel vero malato più notevolmente che non nell'individuo depresso fisiologicamente.

5° Il fattore più importante subito dopo i sintomi della malattia, è il loro decorso. Anche la pazzia ha dei tipi di decorso del tutto empiricamente stabiliti. Se un caso concreto corrisponde alle leggi empiriche del decorso di una data psicosi, allora lo stato morboso apparirà stabilito, e tanto più se i parossismi della malattia si ripeteranno periodicamente o coincideranno ad esempio con certe vicende della vita somatica (mestruazioni).

Ma anche l'intero processo morboso, quanto più ampiamente si esternerà con sintomi dettagliati, tanto più sarà empiricamente legittimo, quand'anche la nostra perspicacia scientifica scopra molte lacune nella legittimità e nella serie dei sintomi. Più i singoli sintomi si mostrano naturali per la loro connessione e legittimi nella loro base, tanto più sicura sarà la conclusione che il loro processo è morboso.

6° Nella pazzia, come in ogni altra malattia, si tratta di vita sotto condizioni abnormi. Le funzioni non sono totalmente alterate, sono soltanto abnormi le condizioni sotto le quali

quelle si compiono. La differenza fra il savio ed il pazzo è essenzialmente questa, che nel primo le attività psichiche sono generalmente in rapporto colle impressioni e colle circostanze reali del mondo esterno, e nel pazzo invece scaturiscono da condizioni interne, organiche, morbose e sono l'espressione di attitudini fittizie e subbiettive della coscienza, non motivate da causa esterna, od almeno insufficientemente.

Gli è così che, non il contenuto è decisivo, ma l'origine e il motivo del processo psichico. Non si dà disturbo funzionale nel pazzo, il quale una volta per avventura in ogni individuo non abbia potuto rientrare nei limiti della salute psichica.

7° Una malattia è sempre un processo complicato, il quale giammai si rivela da un unico sintoma. Ciò vale anche per la pazzia. La comprensione di un quadro morboso può sempre essere soltanto sintetica; solo nel complesso e nella connessione regolare dei sintomi, colla giusta combinazione ed interpretazione dei fenomeni disparati, collo studio esatto del loro succedersi e collegarsi, ogni singolo sintomo guadagna pregio e considerazione.

Un esame analitico di ogni sintomo non può mai condurre alla meta, e tanto meno perchè appunto ogni sintoma isolato, foss'anche un'idea delirante, ha un significato ambiguo. Ciò è ancor meno possibile riguardo alle anomalie di carattere e di affetti, agli istinti perversi, alle azioni delittuose, alle tendenze immorali, fenomeni che hanno valore soltanto collegati ad altri sintomi ed alla personalità storica ed attuale.

8° La pazzia, come malattia della persona, ha bisogno inoltre di un giudizio individuale dei fenomeni concreti. *Si duo dicunt idem, non est idem.* Anche qui la conoscenza dell'individualità è indispensabile. Dalla bocca di un individuo che sia al livello delle scoperte delle scienze naturali sentire a parlar di streghe, come pure un astronomo che credesse alla immobilità della terra, sarebbero tutti fatti altamente degni di nota, ma in un campagnuolo incolto da non tenersi per nulla in calcolo.

9° La pazzia, come morbosa estrinsecazione della vita, rende necessaria un'esplorazione personale del malato in esame. Quando questa manchi (giudizi in assenza del malato, esame dello stato mentale di un testatore morto durante il tempo della compilazione del testamento) si sottrarranno alla diagnosi dei momenti direttamente influenti sul giudizio (espressione fisonomica, abito esterno, ecc.).

Nella data possibilità di una esplorazione personale (1), gli è di grande valore il poter sorprendere ed osservare il malato in questione nelle sue condizioni abituali di vita; poichè anche il modo di abitazione, di vestirsi, di occuparsi possono dare degli importanti punti d'appoggio, non solo per la pazzia in genere, ma per una determinata forma di essa, nelle mani del pratico.

Il punto difficile per la diagnosi psichica sta nella conversazione coi malati. Si deve non solo sapere ciò che si ha da domandare, ma anche come deve essere diretta la conversazione. L'obbietto dell'esame non è un prodotto chimico, bensì una coscienza umana variabile che, dal modo e dalla maniera del processo di esplorazione e di anamnesi, potrà essere influenzata potentemente.

Si entri a far l'esame senza pregiudizi, si cominci a parlare di cose indifferenti e si involga il discorso in modo che il malato non scorga lo scopo speciale dell'esplorazione. Questa non deve mai avere il carattere apparente di un esame. Meglio di tutto è rivolgere l'attenzione allo stato fisico, e, come punto ultimo, chiedere delle occupazioni e degli avvenimenti della vita dell'individuo, mostrarne interessamento, e così a poco a poco guadagnarsene la confidenza. Si indagheranno allora le peripezie, le condizioni di vita, i desideri, i piani, il carattere, l'intelligenza e gli istinti. Si rivolga il discorso sulla provenienza, sulla famiglia, sui rapporti sociali, politici e religiosi e si stia attenti se ed in quale direzione siano alterati questi rapporti,

(1) Per dettagli importanti su questo argomento, v. Neumann, *Der Arzt und die Blödisinnigkeitserklärung;* Griesinger, *Lehrb.*, p. 127

i quali specialmente possono dare la chiave delle idee deliranti. Per regola il pazzo, appena toccato il suo delirio, vi si abbandona col discorso. Durante l'interrogatorio si ha tempo di studiare lo sguardo, l'aspetto, il gesto, il contegno, l'abitudine e l'ambiente del malato. All'esplorazione psichica tenga dietro un esatto esame delle funzioni e degli organi corporei.

Un importante aiuto nell'esame è lo studio degli scritti (2) dei malati. La sentenza: « *le style c'ést l'homme* » vale anche nel nostro caso. In generale si può stabilire che ogni forma capitale di pazzia presenta certe particolarità nello scrivere e nel parlare, e che il malato negli scritti, in cui si crede non osservato e meglio si lascia trasportare, si tradirà più facilmente che nei discorsi. Ciò vale segnatamente per quei malati che, per lo più in preda a delirio o ad allucinazioni imperative, mantengono il più ostinato silenzio. Si rimane spesso meravigliati come dei malati, i quali del resto parlano razionalmente, nei loro scritti intimi o diretti ad altri rivelino la più grande insensatezza. Uno scritto ragionato nel suo contenuto parla meno per la pazzia di un discorso ben fatto. Gli scritti dei pazzi possono condurre, riguardo al loro contenuto, alla scoperta di idee deliranti occulte; nello stile guidano alla conoscenza della capacità, nella più o meno logica connessione dei pensieri al giudizio dello stato di coscienza, graficamente dànno a conoscere i più fini disturbi della coordinazione. Meno di tutti scrivono i dementi. La costruzione infantile, la dissociazione, l'oscurità della dizione rivelano un elevato indebolimento mentale. Poichè lo scritto importa maggior chiarezza del pensiero che non la parola, così lo scritto è un reagente fino in modo speciale per conoscere gli stati d'indebolimento. Anche il melanconico scrive poco; la sua depressione mentale e l'arresto gl'impediscono di scrivere. La monotonia delle idee si specchia nella riproduzione continua delle stesse lagnanze, degli stessi timori, delle stesse

(2) Marcé, *Annal. d'hyg. publ.* 1864, aprile; Güntz, *Der Geisteskranke in seinen Schriften*, 1861; Bacon, *The Lancet*, 1869, II, 4 luglio; Raggi, *Gli scritti dei pazzi*, Bologna, 1874; Tardieu, *La folie*, Paris 1872; Erlenmeyer, *Die Schrift*, 1879.

accuse contro se stessi. Lo scritto non è di uno stampo solo; si vede in esso che il malato, vincendo solo periodicamente il proprio arresto, è capace di tradurre il proprio pensiero secondo le impressioni avute. Nè di rado le lettere sono vergate con mano tremante.

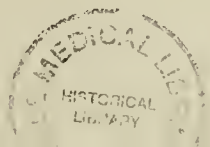
Il maniaco scrive molto, con mano ferma, con grandi caratteri e con pensieri velocemente gettati giù. Si ha così un quadro fedele della sua accelerata ideazione, alla quale la mano non può spesso tener dietro, così che le parole vengono omesse ed i periodi rimangono incompleti. Se l'ideorrea aumenta, lo scritto diviene un caos di parole e di periodi che si succedono senz'ordine, e sono appena decifrabili. Nella sua smania grafomaniaca, il malato scrive in croce e per traverso, nè si dà pensiero della fatica che deve fare.

Grafomani in modo speciale sono i paranoici, massime i querulanti, gli erotomani. Nel campo grafico si osservano poi molte anomalie, come ornati barocchi, ghirigori, sottosegnature di parole e di sillabe.

La dizione può essere irreprensibile, oppure strana, bizzarra, a seconda poi della natura delle idee deliranti e dello stato della coscienza. Le più grandi bizzarrie possono verificarsi. Così Mareé racconta di un paranoico, il quale annetteva uno speciale valore al numero 3, e nello scrivere ripeteva 3 volte ogni lettera.

Riguardo al contenuto sono di grande valore i frammenti degli scritti dei paranoici, poichè spesso formicolano di idee deliranti, che nei discorsi erano tenute gelosamente nascoste.

In certi malati lo scritto è quasi inintelligibile per l'uso di parole con senso alterato, per trasposizione di sillabe, per aggiunta di sillabe senza significato, od anche per sostituzione alle lettere di geroglifici e segni simbolici. Si può osservare neoformazione delle parole, anzi persino la creazione di un nuovo idioma.

Un interesse speciale presentano gli scritti dei malati appartenenti al gruppo dei paralitici. Il disturbo della coordinazione che qui esiste, trova la sua espressione grafica in

insignificanti e scolareschi zig-zag, in lettere ondeggiate o frangiate dal tremore, e che non si succedono colla debita regolarità di spazi e di proporzioni.

Sono frequenti la paragrafia e l'agrafia, talchè vengono fuori parole scritte svisate, imperfette o deficienti, oppure le parole mancano del tutto.

L'amnesia può essere così considerevole che il malato ripeta più volte le parole appena scritte od anche delle linee intere. Il grande disturbo della coscienza impedisce al malato di accorgersi di questo fatto. Avviene anche che il malato nel corso dei suoi scritti dimentichi lo scopo di essi e che contemporaneamente si rivolga a più persone. Per la stessa ragione può darsi che egli copii da altri scritti o da libri degli interi periodi, che la lettera rimanga senza fine, che sia dimenticato l'indirizzo, la data, la firma.

Anche l'aspetto esterno dello scritto, fatto spesso sopra carta raccolta nelle immondizie, sporca da tutte le parti, parla in modo rimarchevole per un profondo disturbo nella coscienza di questi malati.

Fra i sintomi che appaiono di speciale significato per la diagnosi generale della pazzia, sono da annoverarsi:

Il cambiamento della personalità (carattere) in una nuova morbosa, l'esistenza delle idee deliranti e dei disturbi sensoriali. A questi due ultimi disturbi suole limitarsi la diagnosi dei profani.

a) *Cambiamenti del carattere.* — I prodromi più comuni di una forma mentale che sta per rivelarsi, accennano a cambiamenti del carattere primitivo, delle antiche abitudini, tendenze, istinti, idee, per cui la personalità diviene un'altra. Questo sintoma è tanto più significativo quanto più appare presto; per regola esso precede di gran lunga il delirio delle idee e delle azioni. Questi cambiamenti patologici del carattere, che possono estendersi fino al contrapposto delle opinioni e delle tendenze di prima, divengono tanto più considerevoli quanto più l'individuo che le presenta si trova sotto il peso

della disposizione di certe influenze, che divengono cause importanti e dimostrative per la malattia mentale.

b) *Idee deliranti.* — Queste costituiscono un frequente, ma non indiscutibile segno di pazzia. Sarebbe un grave errore il riconoscere o negare una malattia mentale solo dal fatto dell'esistenza o mancanza di esse. Il malato può trovarsi in uno stadio iniziale (affettivo), nel quale le idee deliranti non esistono ancora e può esservi una forma di pazzia, nella quale anzi per niente figurino le idee deliranti. Inoltre può il malato celarle; esse possono, quand'anche esistano, non essere durevolmente presenti alla coscienza. Ma quand'anche un'idea delirante sia constatata, abbisogna di un esame dimostrativo per acquistare il valore caratteristico di un delirio. Anche il savio può commettere degli errori così deplorevoli di giudizio da togliere la mano al pazzo; e all'opposto il delirio di un pazzo non sempre appare privo di una impossibilità obbiettiva (delirio d'infedeltà coniugale, d'avvelenamento).

Non è il contenuto che è decisivo, bensì il modo con cui ha origine l'idea delirante in esame, come pure il suo comportarsi di fronte alla coscienza storica ed attuale dell'individuo.

L'idea delirante è priva di valore diagnostico senza lo studio della sua origine, il solo che possa darne l'interpretazione. Per l'apprezzamento del giusto valore di un'idea delirante, sono decisivi i seguenti fatti:

A) L'errore dei sani si fonda su di una mancanza di conclusione, di logica per l'inscienza, l'inavvertenza e l'imbarazzo sotto un affetto, la superstizione, le false premesse. Il delirio di un pazzo è il prodotto di una malattia cerebrale, è la conseguenza di un disturbo sensoriale o il tentativo di schiarimento di una disposizione o di un delirio primitivo; si collega a certe date circostanze, sta in rapporto con diversi disturbi psichici elementari (affetti, disposizioni morbose, sensazioni), ha una patogenesi, uno sviluppo regolare, e non ha però nulla di accidentale.

B) Il delirio sta evidentemente meglio in opposizione colle idee della vita sana, del modo di pensare, della esperienza di

prima. (Un fisico che crede di aver trovato il modo di poter volare, un matematico di quadrare il circolo, un chimico che crede di possedere il segreto di far l' oro).

c) Il delirio dei pazzi ha sempre un rapporto subbiettivo. Un sano può credere a delle sciocchezze, a delle paure, al esistenza delle streghe, non sarà perciò alterato di mente. Un pazzo crede, secondo le circostanze, anche alle streghe, ma solo perchè le vede, le sente, ne ha in corpo.

d) Del pari, siccome il delirio dei pazzi è il fenomeno parziale di una funzione patologica, anche la logica ed il ragionamento nulla possono contro di esso che nasce e muore colla malattia che l'ha causato. Si può quindi tanto poco contrastare al malato il suo delirio, quanto curare la pazzia colle ciarle. Il sano invece si ravvede e si corregge dei suoi errori non sì tosto è condotto agli assurdi dal ragionamcnto.

e) Anche le *allucinazioni,* che si hanno altresì nelle malattie cerebrali e nervose d'altra natura, nelle febbri e nelle intossicazioni, non sono di per se sole decisive per la pazzia; esse provano semplicemente l'esistenza di uno stato morboso del cervello. Il loro significato, come fenomeno parziale di una psicosi, si rivela solo quando questa sia già comprovata. Allora soltanto le allucinazioni si mostrano nella loro luce vera, in quanto che sono connesse ad altri disturbi elementari (malumore, ansia), non sono correggibili in seguito all'alterazione della coscienza ed acquistano influcnza sulle azioni. Un sospetto di pazzia deve nullameno essere sempre accampato quando esistono delle allucinazioni, massime in diversi territori sensoriali ad un tempo.

Simulazione (1).

I già discorsi punti di vista generali possono bastare per giungere alla diagnosi generica della pazzia. Ma tuttavia i sin-

(1) Jacobi, *Reiner Stockhausen;* Stahmann, *Casper's Vierteljahrsschr.*, vi; Laurent, *Etude sur la simulation de la folie*, 1866; v. Krafft, *Friedreich's Blätter,* 1871 e ger. *Psycopathol.*, p. 234.

tomi psichici di questa possono essere intenzionalmente simulati e il giudice cauto può chiedere al medico la prova speciale che quelli siano reali, non simulati.

L'esperienza insegna che la simulazione della pazzia è rara e che anche più di rado trionfa al cospetto di un abile perito. Per lo più si tratta di imputati i quali si servono di questo mezzo incerto per sottrarsi al disonore della minacciante pena; più di rado figurano come motivo il desiderio di sfuggire alla briga di difendersi, di sciogliere un cattivo matrimonio, di non adempiere ad un'obbligazione incontrata. In ogni modo, in grazia al ribrezzo innato che il pubblico ha pei pazzi e pei manicomi, sono soltanto motivi forti quelli che conducono i sani a simulare, e vi sono degli alienisti esperti (2), i quali appunto sostengono che la simulazione si verifica solo in individui più o meno turbati di mente. Questa opinione è giusta, ed infatti, come la simulazione è un fenomeno comune nelle donne isteriche, vi sono degli individui certamente pazzi, che talvolta simulano alcuni sintomi e ne esagerano altri e dei simulatori famigerati che sono individui predisposti ereditariamente e degenerati. Da ciò scaturisce come regola che, nel sospetto di una simulazione, non si deve essere leggeri nel giudizio e quando esiste una presunzione si deve pensare prima alla possibilità di una malattia reale, poi alla simulazione. Finalmente si deve considerare il sospetto come assodato solo quando si ha la profonda convinzione che la malattia non è dimostrabile, non quando si ha soltanto una semplice prova di simulazione. È inoltre a considerarsi che la pazzia è una malattia la quale, come ogni altra, ha le sue cause, il suo sviluppo empirico, vero, regolare, il suo decorso, un legame logico di sintomi e, come malattia del cervello, non deve limitarsi esclusivamente ai fenomeni psichici. Abbiamo inoltre i segni dei disturbi somatici nella nutrizione, rilevantisi colla diminuzione del peso, i disturbi motori, le anomalie del polso, i disturbi dei processi vegetativi, del sonno, della secrezione salivare ecc., che hanno un signi-

(1) Jessen, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, xvi, H. 1.

ficato speciale; e non meno ne ha il decorso, in quanto che può essere tipico e presentare dei rapporti fra l'esacerbazione e la remissione dei sintomi psichici e le funzioni somatiche (mestruazioni). Merita finalmente considerazione anche il fatto che ogni quadro morboso psichico ha la sua *facies* esterna e che entrambi questi elementi debbono essere all'unisono.

Ma, prescindendo da tutti questi segni somatici, quasi totalmente sottratti alla sfera della volontà, anche il manifestare a lungo dei fenomeni psichici urta contro grandi ostacoli. Bisogna mettersi nei panni del simulante per apprezzare la difficoltà dell'impegno preso; questi rassomiglia all'attore comico; ma mentre l'attore ha la sua parte assegnata, che può con agio studiare e mandare a memoria, il simulante deve essere poeta e comico ad un tempo, ma per dippiù deve essere costante improvvisatore; egli si trova durevolmente in azione, mentre il comico di tanto in tanto si ritira dalla scena e si riposa. Inoltre il simulante non ha un parterre di profani, ma deve sottostare alle osservazioni dei periti che lo tirano acutamente in trappola e procedono coi lumi critici, lungi dalla pompa teatrale. Nonostante tutti i suoi vantaggi sul simulante, il comico si stanca dopo poche ore. Si comprende così come i simulanti, per gli sforzi mentali che s'impongono, possano realmente diventar pazzi. Il simulante ha lo svantaggio di essere un profano e di creare (come i più fra i romanzieri e autori comici) soltanto delle caricature di vero delirio. Esso porterà in campo i ricordi della pazzia che ha visto nei drammi e li condirà in modo commiserevole. Poichè egli, nella sua inscienza, crede che il decisivo della pazzia risieda nel parlare insensato, nell'agitazione variata o nella completa stupidità, così si mostra in preda a vaghi desideri con contenuto il più barocco che sia possibile, con esplosioni affettive o motorie e con fare da stupido. Diviene teatrale ed ostensibile nel suo delirio, al quale manca metodo, o il suo stato di stupidità viene smentito dalla ciera e dal contegno. Se simula il melanconico, naufraga nell'impossibilità di simulare le profonde disposizioni depressive dell'animo, naufraga davanti all'anestesia psichica. Anche

i sintomi somatici della malattia o non esistono, o non sono in rapporto colle esacerbazioni e remissioni. Se egli cerca di copiare il maniaco, la sua volontà si stanca presto nella ripetizione dei movimenti forzati, i quali nel maniaco vero vengono spontaneamente ed in base ad uno stimolo interno senza alcuna fatica ed intenzione volitiva. Il simulante cerca il riposo e si agita solo finchè si crede osservato. Nel suo furore mostra sempre certe vedute e precauzioni; risparmia per es. il proprio vestito e lacera solo cose altrui. Anche il simulare lo stato paranoico riesce impossibile al cospetto di un attento osservatore, il quale tosto scopre la maschera e conosce alla ciera la personalità reale.

Il simulante crede che tutto debba uscirgli dalla testa, egli non conosce alcuna legge della logica e dell'associazione delle idee, mentre appunto nello stato paranoico, quando sia primitivo, il meccanismo logico è conservato, e quando è secondario si deve aver la prova del precedente stato morboso affettivo.

Così il simulante finge una falsa appercezione, ma tradisce nelle sue risposte, il più che sia possibile insensate, che egli ha bene riconosciuto il punto della questione.

La simulazione della demenza e della stupidità urta contro la difficoltà di fingere la completa mancanza d'affetti e di tradurla coll'espressione mimica. Il simulante non può imprimere alla sua ciera l'espressione richiesta e tradisce con questa e cogli atti che egli è ben consciente delle vicende del mondo esterno, delle quali è osservatore. L'esame di un supposto simulante importa nient'altro che tempo sufficientemente lungo ed accurata osservazione, per il che il luogo più appropriato è il manicomio. La coscienza del medico perito avrà in tal modo sufficente obbiettività e riposo di contro alla pertinacia ed impudenza di un simulante.

La via sintetica dell'osservazione è la sola retta. Non singoli sintomi ma l'intera personalità, non presunzione ma esame complessivo e spregiudicato di tutti i fatti osservati, devono condurre alla diagnosi.

Stabilita la prova che il quadro della supposta malattia corrisponde ad uno dei comuni della classificazione, quella apparirà come empiricamente vera, tuttavia però non si deve correre ad una conclusione opposta quando si è davanti ad una forma che non è nei trattati.

Tutte le nostre distinzioni non sono dogmatiche e non sono mai complete, in grazia delle varietà individuali delle malattie. Si danno ancora dei quadri morbosi degenerativi, massime a fondo ereditario, la cui forma proteica, che non entra in uno schema classificatorio, è degna di alta considerazione antropologico-clinica, e sono anche frequenti i delinquenti, nei quali la simulazione va unita ad un'esistenza psichica degenerata, disposta.

Fatta la diagnosi generale della pazzia ed esclusa la simulazione, si avanza l'altro quesito, se si abbia a che fare con una malattia mentale a sè, o con un disturbo sintomatico delle funzioni mentali. Le circostanze dell'origine della pazzia, del suo decorso, l'esatto esame corporeo condurranno alla soluzione di questo problema. È da pensarsi specialmente ad uno scambio col tifo, con una lenta meningite, massime tubercolosa, è da pensarsi anche all'ebbrezza da vino. Quest'ultima in generale sarà facilmente distinta; è tuttavia a riflettersi che l'ebbrezza può decorrere, in individui specialmente diposti, come pazzia acuta e divenire causa occasionale per la pazzia cronica.

Oltre alle difficoltà di una distinzione fra le malattie mentali vere ed i semplici disturbi sintomatici mentali, si avanza la questione se quelle siano basate idiopaticamente o simpaticamente.

L'etiologia e la patogenesi, ed inoltre le singolarità del quadro morboso forniscono dei punti d'appoggio. Qui poi, accanto ai disturbi psichici (diminuzione primitiva dei poteri mentali, disturbi della memoria, della coscienza, emotività non abituale), pesano sulla bilancia i disturbi somatici (motori, sensitivi, massime le anestesie, i disturbi trofici, le temperature febbrili e di collasso), che conducono a dei criteri distintivi.

Per un'affezione simpatica dell'organo psichico, oltre la mancanza di quel momento che sta per un'origine idiopatica, parla in generale la possibilità di riferire la psicosi ad una malattia periferica (affezione dell'utero, dello stomaco) e la prova che questa coincide, pel decorso, colla forma mentale. Importantissimo diviene questo legame, quando il momento periferico esercita in modo periodico quest'influenza (pazzia mestruale).

La diagnosi deve finalmente, cessata la malattia psichica, indagare se sia subentrata la guarigione (1). Questa questione può essere mossa privatamente al medico, riguardo per es. alla dimissione dal manicomio, ma altresì dal giudice riguardo alla rincarcerazione di un malato guarito, alla reintegrazione dei diritti civili divenuti nulli durante la malattia.

La diagnosi della seguita guarigione deve lottare con difficoltà non piccole, come quelle della verificazione della malattia. Massimamente negli individui ereditariamente deboli, difettosi, inquinati, è appena possibile distinguere ciò che deve essere considerato come residuo della malattia da ciò che potrebbe essere abnormità preesistente. In generale la diagnosi della guarigione si appoggia sul momento negativo della scomparsa del complesso sintomatico morboso e sul positivo del ristabilirsi della primitiva personalità con tutte le sue originalità caratteristiche, prerogative, difetti, tendenze. Perchè quest'ultimo fatto appaia decisivo, è indispensabile l'esatta conoscenza della personalità precedente, sana o relativamente sana e il giudizio dei parenti, che spesso è conforme al vero quanto quello de medico del manicomio. Il decidere se il complesso morboso si sia eliminato è cosa che esige un esatto esame del decorso e dello stato presente. Deve considerarsi la possibilità di una latenza temporanea del quadro morboso e specialmente della dissimulazione dei sintomi morbosi, massime di quelli soltanto psichici. Tanto più quindi sarà da osservarsi se al ristabilimento psichico va parallela la guarigione somatica e se si stabilisce un aumento nel peso del corpo.

(1) Neumann, *Lehrb.*, p. 389; Schlaeger, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 33, n. 1 e 5.

Un importante criterio psichico è la piena cognizione del risanato intorno alla malattia sofferta; questa deve per lui esser divenuta completamente obbiettiva. Però questo criterio trova anch'esso la sua limitazione in quanto che si dànno dei guariti i quali non hanno alcun ricordo della loro malattia (pazzia transitoria) o si vergognano di essere stati malati.

La dissimulazione (1) dei fenomeni morbosi si ha spesso nei melanconici e nei paranoici, per esser dichiarati sani, per esser messi in libertà o per sottrarsi alla tutela. L'impero su di se stessi e la destrezza di tali malati è talvolta una cosa degna di meraviglia.

In questi casi l'esame esatto del decorso della malattia nella via psichica e nella somatica riesce di somma importanza. Se la storia è ignota gioverà ugualmente, acquistandosi la confidenza di questi malati, entrar in colloqui riguardo alla malattia in questione e, per mezzo di una cauta e destra conversazione, indagare tutti i possibili momenti della vita e ricercare le possibili anomalie del campo affettivo o le idee deliranti. Anche qui lo studio degli scritti può fornire delle rivelazioni importantissime. Non meno importante è l'esame del contegno, delle tendenze, delle azioni. Per i medici esperti le modalità del vestire e del vivere, la mimica, i gesti possono fornire un materiale pieno di valore all'atto del giudizio.

(1) Ingels, *La folie dissimulée*, *Bulletin de la soc. de méd. de Gand* 1868; *Ann. méd. psich.* 1868, nov.; v. Krafft, *Gér. Psychopath.* p. 246.

APPENDICE

Schema per l'esame dello stato mentale

I. — Anamnesi.

a) *Albero genealogico e condizioni di salute della famiglia.*

Sofferse un membro della famiglia (ascendente, collaterale, o discendente) di malattie nervose o mentali?

In qual individuo ed in che linea dei congiunti, per quali cause, in quale età si osservò la malattia nervosa (cerebrale, spinale, isterismo, epilessia, corea, emianestesia, neurastenia) o mentale (psiconeurosi o degenerazione psichica)?

Si ebbero suicidi, dipsomania, grandi immoralità (delinquenza), arresti di sviluppo psichico, morti improvvise con fenomeni cerebrali (apoplessia, convulsioni), sordomutismo, deformità nella famiglia e sotto quali circostanze?

I genitori erano consanguinei, generarono in giovanissima od inavanzata età, in istato di ubbriachezza o poco prima di una grave malattia (per es. un tifo), o durante l'azione di una cura (mercurio), o si esposero in qualsiasi altro modo ad una causa esauriente?

A quale dei genitori assomigliava il discendente, fisicamente e mentalmente? Vi sono in famiglia dei tubercolosi, degli scrofolosi?

. b) *Condizioni di salute e costituzione dell' individuo.*

1º Vita fetale.

Quali erano le condizioni di salute della madre durante l'atto del parto? (malattie, percosse, affanni, strapazzi?). Il parto ebbe luogo a termine o prematuramente? Durante il parto il bambino riportò un trauma al capo?

2º Infanzia.

Si osservarono accidenti cerebrali (convulsioni)? Ebbero essi qualche influenza sullo sviluppo mentale e corporeo? Quando apparvero i denti? Quando imparò il bambino a camminare e a parlare? Era sonnambulo, provava paure notturne? Furono superate le malattie dell'infanzia (massime la rachite)? Quali? Con quali fenomeni successivi? Il bambino era pauroso, nervoso, eccitabile, collerico?

3º Epoca della pubertà.

Lo sviluppo corporeo e mentale avvenne presto o fu ritardato, le doti mentali erano buone, mediocri o cattive?

Quando apparvero i segni della pubertà? Quando apparvero le mestruazioni? Sotto quali fenomeni corporei (dolori, itterizia, disturbi nervosi) o psichici (malumore, ipocondria, fanatismo religioso)?

L'istinto sessuale si manifestò abnormemente presto o tardi e sopratutto fu morbosamente aumentato o pervertito? Fu soddisfatto e come (onanismo)? Colla pubertà coincise un cambiamento nel carattere od anche una malattia psichica?

4º Età atta alla riproduzione.

Come è la costituzione, forte o debole? Esistono prove di malattie e di qual organo?

Si ebbero gravi malattie e specialmente traumi al capo, malattie acute (tifo, intermittenti), massime cerebrali (meningite, ecc.), croniche (clorosi, malattie dello stomaco, degli

intestini, dell'utero), massime costituzionali (sifilide) e nervose (*irritatio spinalis,* isterismo, ipocondria, epilessia)?

Quali furono i sintomi capitali, la loro durata, gli esiti?

Come erano regolate le funzioni del sistema nervoso?

Si trovarono dei segni di una costituzione neuropatica (inclinazione ai deliri, alle allucinazioni durante le malattie, massime febbrili; grande morbilità sopra tutto; reazione inabituale alle influenze nocive atmosferiche, telluriche, alimentari, idiosincrasie; vivace compartecipazione del centro vasomotorio agli stimoli psichici: impallidire, arrossire, palpitazione, senso di ansia precordiale; intolleranza per le bevande spiritose, stati abnormi nell'ubbriachezza; eccitabilità abnormemente facile dei nervi sensitivi e sensoriali, durata lunga, inabituale dell'eccitamento, eccitabilità riflessa aumentata, simpatie esagerate, segni di debolezza irritabile, accenni di convulsioni)?

Si trovarono i segni di una costituzione psicopatica? La grande irritabilità, l'eccitabilità emotiva, gli affetti patologici, la grande labilità delle disposizioni dell'animo, i freqnenti cambiamenti d'umore senza ragione, le simpatie ed antipatie alternantisi, la grande eccitabilità della fantasia, della volontà con poca perseveranza?

Come si comporta quel complesso della psichica esistenza, che è il carattere?

Pusillanimità o fermezza, vita sobria, oppure eccentricità e fanatismo (politico, religioso, bigottismo), socievolezza o misantropia, egoismo od altruismo?

Come il temperamento? Flemmatico od impetuoso, facilmente suscettibile, ambizioso?

Nel campo intellettuale si ha un complesso armonico e conforme alla media, oppure in senso parziale (fantasia predominante e limitata riflessione) e sopra (genio) o sotto la media?

Come erano i rapporti sociali (il paziente viveva bene colla sua posizione, era contento di questa?) e famigliari, e specialmente i coniugali?

Quali erano le occupazioni ed il modo di vita, esistevano influenze nocive (eccessi in Venere, onanismo, abuso di alcoolici, sforzi, ecc.)?

Come si comportarono le mestruazioni in rapporto alla riapparizione temporanea, alla quantità dei sintomi nervosi e psichici? La paziente era incinta; per la prima volta, o dopo molti altri parti? In quali intervalli avvennero le gravidanze? Come era lo stato di salute e lo stato psichico? I parti furono a termine o prematuri, con complicazioni (aiuti dell'arte, emorragie), seguiti da malattie (affezioni puerperali)?

I parti furono invece regolari, come lunghi, e con quale frequenza?

5° *Cause della malattia attuale.*

La causa presumibile dell'attuale malattia?

Il tempo della sua comparsa? Esistono dei segni di disturbi funzionali, apparsi in seguito a quella causa?

Connessione reciproca nel modo d'agire delle cause investigate.

6° *Prodromi dell'attuale malattia.*

L'attuale malattia figura come primo accesso, o fu molto tempo prima notato un disturbo psichico? Quando, per quali cause, con quali sintomi, con qual decorso, con qual esito?

L'attuale malattia venne rapidamente o per gradi?

Quando, sotto quali auspici?

a) Diminuzione della memoria, delle attitudini psichiche, stanchezza mentale, ottusità affettiva, facilità alla collera, cambiamenti di carattere, immoralità?

b) Disposizioni dolorose dell'animo, abnorme mollezza, irritabilità emotiva, accidia, paura di diventar matto, noia della vita, dolore psichico?

c) Allegria, loquacità, attività, smania di viaggiare, di prodigare?

d) Contegno ostile, diffidente, eccitabile, gelosia, lagnanza di esser poco stimati, di esser calunniati, minacciati?

e) Come si comportarono il sonno, la nutrizione, la defecazione, la mestruazione? Si ebbero cefalee, vertigini, sensazioni precordiali, neuralgie, disturbi del linguaggio, accessi epilettici convulsivi o vertiginosi?

f) Gli anzidetti sintomi furono continui, remittenti o intermittenti? Come si succedettero gli uni agli altri?

II. — Stato presente.

A) *Esame corporeo.*

1. Statura, peso del corpo, stato della nutrizione, del circolo, della crasi e della distribuzione del sangue (cianosi, flussione, anemia locale); età, con speciale considerazione, nei giovani soggetti, se lo sviluppo del corpo corrisponde alla età, nell'adulto se vi siano dei fenomeni di senilità e di decrepitezza.

2. Forma e misura del cranio (1).

A) Misura colla fettuccia centimetrica.	U. Cm.	D. Cm.
Circonferenza *orizzontale* del cranio all'altezza della protuberanza occipitale esterna e della glabella	55	53
Linea *auricolo occipitale* dal bordo anteriore del processo mastoideo di un lato a quello dell'altro, passando per la protuberanza occipitale esterna	24	22
Linea *auricolo-frontale*, dall'orlo anteriore del foro acustico di un lato a quello dell'altro, passando per la glabella .	30	28
Linea *auricolo-bregmatica*, dal foro acustico di un lato a quello dell'altro, passando pel bregma	36	34
Curva *longitudinale*, dalla radice del naso alla protuberanza occipitale esterna	35	33
Linea *mento-auricolare*, dal foro acustico di un lato a quello dell'altro, passando pel mento	30	28
B) Misura col compasso.		
Diametro *longitudinale*, dalla radice del naso alla protuberanza occipitale esterna	18	17,5
Diametro *trasversale* massimo	15	14
Distanza dei *fori acustici*	12,5	11,5
Distanza delle *apofisi zigomatiche* dell'osso frontale . . .	11	11
Distanza del foro acustico dalla spina nasale	12	11
Indice cefalico	80	70

(1) Le misure che seguono sono quelle di Welker sul cranio scheletrico (cfr. *Untersuchungen über Wachstum und Bau des menschlischen Schädels)*, modificate pel vivente dal dottor Muhr. Sono molto importanti nei pazzi le misure

3. Segni di degenerazione.

a) Anomalie del cranio. Micro, macro-cefalia (cefalonia, idrocefalia) rombo, lepto-clinocefalia.

b) Occhi. Cecità congenita, retinite pigmentosa, colobomi dell'iride, albinismo, disuguale pigmentazione dell'iride, strabismo congenito, apertura palpebrale a sgembo.

c) Naso torto, radice nasale incassata (cretinismo).

d) Orecchie piccole o grandi, rudimentali, o col lobulo che si perde nella cute circostante, deficiente differenziamento fra l'elice e l'antelice, il trago e l'antitrago.

e) Difettoso differenziamento dei denti, totale o parziale indugio della seconda dentizione, abnorme impiantamento dei denti.

f) Bocca e palato. Bocca grande o piccola. Palato stretto, ripido, totalmente o parzialmente appiattito, limbico. Labbro leporino, gola di lupo, osso incisivo persistente.

g) Scheletro ed estremità. Statura da pigmeo, mani o piedi torti, disuguale sviluppo delle mani, dita soprannumerarie.

h) Genitali. Criptorchismo, epi, ipospadia, ermafroditismo, utero infantile, bicorne, fimosi senza prolungamento ed ipertrofia del prepuzio.

i) Peli. Abnorme ricchezza di peli nella donna, folto pelame nel corpo.

4. Stato del calorico proprio (termometro).

5. Frequenza del polso; qualità del polso (tardo o celere. — sfigmografo).

del cranio per conoscere i rapporti di grandezza e le accidentali deviazioni dal tipo normale. Il cranio macrocefalo, esclusa la cefalonia, e il cranio microcefalo corrispondono sempre a degli stati di demenza od imbecillità congenita, o che appare in primissima età. Le deformità craniche e il disuguale sviluppo delle due metà del cranio sembrano disporre alle malattie del cervello. Sono molto frequenti nei paranoici e non di rado hanno per base la rachitide. Si osservi se nel resto dello scheletro vi siano tracce di questa malattia. Intorno alle misure del cranio vedi, oltre la ricordata opera di Welker, Virchow, *Verhandlungen der Würzburger physik-méd. Gesellschaft*, 1851, II, p. 230; v. nel suo Archivio XIII; *gesammelte Abhandlungen* VII; Stahl, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 11, p. 546, 12, p. 509 ed *Irrenfreund,* 1870, 1; Meyer, *Arch. f. Psych.* I, p. 96; Meynert, *Jahrb. f. Psych.* I, H. 2 e 3 II, H. 1.

6. Esame delle funzioni dei più elevati organi dei sensi (oftalmoscopia, ecc.).

7. Esame della sensibilità (1). Iperestesia, anestesia, neuralgie (estesiometro, spillo, corrente elettrica).

8. Esame delle funzioni motorie (2). Innervazione facciale, midriasi, miosi, disuguaglianza pupillare, reazione dell'iride (atropina, calabar), nistagmo, strabismo, paralisi dei muscoli oculari, ptosi. Disturbi del linguaggio (afasia, atassia, glossoplegia), atassie, tremori, paresi, paralisi delle estremità, degli sfinteri, catalessi e rigidità muscolare.

9. Funzioni secretorie. Salivazione, sudore, esame delle urine.

10. Stato di nutrizione della cute, decubito, otoematoma.

11. Esame fisico del petto e del ventre, della posizione, della forma, delle condizioni vegetative dell'utero.

12. Contegno, sguardo, aspetto, gesti.

13. Sonno. Nutrimento.

14. Funzioni sensoriali. Vertigini, sensazioni di peso, di cerchio al capo.

B) *Esame psichico.*

1. *Umore.* Carattere fondamentale di esso, cambiamenti di umore, stato di eccitabilità dell'animo, modo di reagire alle influenze del mondo esterno, se aumentato o diminuito. Indagare se e con quali sentimenti psichici si accentuino le percezioni sensitive.

2. *Ideazione.* Se lenta, accelerata, irregolare. Ideorrea, confusione, idee fisse.

3. *Coscienza.* Se turbata ed in qual direzione (coscienza di tempo, di luogo, della propria personalità) o se libera.

(1) Riguardo ai metodi v. Erb, *Ziemsen's Handb.* XII, p. 190.

(2) Sui metodi, v. Erb, id. XII, p. 239; l'esame colla corrente elettrica non ha fornito ancora nessun risultato diagnostico, nonostante gli studi molteplici di Benedict (*Archiv. der Heilkde*, VIII, p. 140), Svetlin, (*Leidesdorf, psychiatr. Studien*, 1877) e Tigges, (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* 30, 31).

4. *Memoria;* se aumentata od indebolita parzialmente (ricordi della gioventù) o generalmente.

5. *Percezioni sensitive.* Se agevolate o lente, falsate o mancanti.

6. *Stato dell'immaginazione.* Esecuzione del processo logico, sopratutto della capacità funzionale psichica, rapporto all'intensità (chiarezza) e durata (rapida esauribilità).

7. *Modo di essere della coscienza etica.* Persistenza o perdita dei concetti e giudizi morali.

8. *Modo di essere degli istinti;* se aumentati (azioni impulsive) o mancanti (abulia).

9. *Esistenza di idee deliranti, allucinazioni.*

SEZIONE VI

Terapia generale

CAPITOLO I

Considerazioni generali.

Che la pazzia sia una malattia cerebrale, ed altresì guaribile quando sia ben conosciuta e rettamente trattata, è un dato recente dell'esperienza. Per inscienza e rozzezza anche nel secolo scorso gli sventurati pazzi languivano nelle case di pena e detenzione, insieme ai delinquenti ed ai vagabondi, e marcivano nel sudiciume e nella miseria. Era quasi un uguale disonore essere un delinquente o un pazzo.

Soltanto nei tempi più recenti (dopo tanti errori sulla natura della pazzia, dopo lunghe disquisizioni se in questa l'anima o il cervello od entrambi siano malati) si giunse ad una idea giusta sulla natura e sul trattamento di questi stati morbosi.

La conoscenza scientifica di questi come malattie cerebrali produsse la convinzione che una così grande miseria umana merita protezione ed aiuto dalla società; la quale non deve sbrigarsi del suo disgraziato prossimo colla semplice reclusione.

Il principale risultato di queste considerazioni scientifiche ed umanitarie fu il manicomio. Con esso soltanto comincia l'epoca di una terapia razionale della pazzia.

La terapia quale noi oggi pratichiamo non si occupa in alcun modo della questione non pratica e metafisica se al cervello presieda un'anima speciale, se la terapia debba essere esclusivamente somatica o psichica. Il sapere che tutte le estrinsecazioni mentali sono funzioni del cervello fa conchiudere che, come si può influire sulla vita psichica col risveglio dei sentimenti, delle idee, degli istinti, altrettanto, coll'esperienza che la pazzia ha un fondamento somatico nelle alterazioni del cervello, si può influire su questo con mezzi somatici, medicamentosi che valgono a ristabilirne le funzioni.

L'uso combinato del modo di cura somatico e psichico, e la necessità della loro unione costituiscono il principio cardinale nella terapia delle psicosi.

Altra condizione fondamentale è la ricerca preliminare della personalità malata in tutti i suoi rapporti attuali e storici, del carattere, delle tendenze, delle abitudini della vita, e ciò come avanguardia di una terapia psichica, la quale può éssere escogitata soltanto in modo individuale; è quindi necessaria l'investigazione della malattia, del suo decorso fino al presente, dei suoi fenomeni attuali.

Deve anzitutto esistere chiarezza nell'etiologia e natura della malattia, se essa sia idiopatica e quale alterazione del cervello possa avere per base, ovvero simpatica, e su qual disturbo della nutrizione od affezione locale essa si fondi.

Se una diagnosi anatomica (iperemia, anemia, flogosi) non è possibile, dev'esserne fatta una funzionale almeno, e deve porsi chiaramente in vista il complesso dei disturbi funzionali.

La diagnosi delle così dette forme morbose ha un alto valore clinico, ma non presta alcuna indicazione alla terapia. Così a base della sindrome complessiva *melanconia* può esistere tanto un'anemia che un'iperemia del cervello.

La psichiatria non ha mai a che fare con delle forme morbose, ma sempre soltanto con degli individui malati. Essa deve essere

soltanto rigorosamente individuale, al contrario di quanto si ha nel maggior numero delle malattie degli organi vegetativi, dove cade in considerazione soltanto il dato anatomico, ed in ogni caso ancora la costituzione corporea.

Il punto saliente della terapia giace nell'anamesi, nella patogenesi e nell'etiologia del caso individuale. Un metodo di cura speciale, le panacee ed i rimedi pronti e sicuri nel campo psichiatrico li posseggono soltanto i *routiniers* ed i ciarlatani.

Nel trattamento individuale della persona malata psichicamente giace l'importanza maggiore, ma anche la maggior difficoltà della terapia, massime là dove questa può essere soltanto psichica. Poichè la pazzia è una malattia cronica che dura mesi ed anni, abbiamo agio, circostanza e modo di indagare il caso morboso e di servirci senza precipitazione, dei diversi mezzi medicamentosi. Nei rari casi in cui la pazzia appare e decorre acuta, rimane ben poco campo alla terapia attiva, al contrario di ciò che si verifica nelle malattie a corso tipico. Ma anche quando il caso morboso concreto è patogenicamente e clinicamente chiarito, la terapia energicamente attiva rimane tuttavia entro confini molto angusti. Solo di rado la diagnosi arriva all'altezza di diagnosi anatomica ed anche quando si riesce a ciò, si fa questione se, e con qual mezzo, noi siamo in grado di influire potentemente sull' andamento del processo cerebrale.

Per tal modo il cómpito principale dell'alienista si è di eliminare i disturbi causali o complicanti degli altri organi, di migliorare le condizioni del circolo, eccitare, nutrire il cervello malato con mezzi appropriati dietetici e somatici; come pure psichicamente di regolare il riposo ed il lavoro, favorire quelle disposizioni, idee, o tendenze che influiscono ancora bastantemente sull'organo malato; e finalmente, nel campo sintomatico, di combattere certi disturbi elementari (insonnio, sitofobia, allucinazioni ecc.) che sembrano nocivi o pericolosi.

Anche nell'acme della malattia le nostre risorse terapeutiche rimangono entro confini angusti; però la psichiatria ha al contrario un cómpito elevato, in quanto che insegna ed addestra a conoscere la profilassi di tali malattie.

CAPITOLO II

La profilassi delle psicosi (1).

L'etiologia della pazzia ci fa conoscere certe influenze nocive, dalle quali la pazzia stessa prende sviluppo. Molte di queste sono evitabili. Spetta alla società, come ad ogni singolo individuo, evitare le principali di queste, fra le quali possono soltanto annoverarsi la trasmissibilità per la via delle generazioni e gli eccessi alcoolici e sessuali.

Frequentemente il medico è in grado di preservare dalla malattia certi individui i quali, dietro momenti degenerativi dei loro genitori, presentano una disposizione alle dette affezioni. Quì la profilassi ha un compito buono ed elevato. La disposizione non è poi la malattia e si rimane con essa ancora entro la sfera della possibilità di evitare la disgrazia, correggendo certi elementi (disponenti) e mettendo in atto una grande resistenza o prevenzione alle influenze morbifere.

L'educazione e la cura di certi fanciulli neuropatici od in altro modo inquinati, lascia campo alle seguenti considerazioni:

L'igiene deve esercitarsi fin dall'epoca dell'allattamento.

Certi fanciulli non possono essere custoditi e allattati dalle madri, il cui corpo neuropatico ed anemico si mostra mal disposto. Quando sia possibile si consegnino ad una nutrice mentalmente e corporeamente intatta, e vi si lascino per lo meno fino alla fine del nono mese. Non si tengano in stanze molto

(1) Esquirol, i, p. 156; Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, ii, p. 630; Morel, *Traité des malad. ment.* p. 632; Engelken, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 10, p. 353; Plagge, *Memorab.* 1863, viii, p. 9 e 10; Walter, *Irrenfreund*, 1875, 6.

calde, non si mettano loro indumenti caldi. La temperatura dei bagni sia di 26 R. e sia diminuita, dopo poche settimane, fino a 23.

Nel tempo pericoloso della prima dentizione, il bambino sia tenuto coi più rigorosi riguardi igienici, per evitare le iperemie cerebrali e le convulsioni, così frequenti in questo periodo.

Ben presto si avvezzi il bambino ai lavacri freddi, al regime dell'aria libera; gli si amministri un vitto ristoratore, privo di eccitanti, come caffè, thè, alcoolici.

Non si tralasci di rivolgere presto l'attenzione sullo sviluppo degli affetti e del carattere. Si abituino i bambini all'ubbidienza, si cerchi di rinforzare loro l'animo, si tengan lontano dagli affetti appassionanti e dall'eccessiva sensibilità, ma al contrario si cerchi d'indurre la calma e la padronanza di se stessi nelle diverse vicende della vita.

La maggior parte di questi fanciulli accenna ad un abnorme sviluppo intellettuale. O questo è precipitato, ed allora giova contenerlo, o è lento, ed allora è necessario aver pazienza. Ogni sforzo del cervello deve evitarsi. Si mandino questi bambini soltanto tardi alla scuola, e siccome in essi gli sforzi mentali possono nuocere, si scelga per essi in seguito un'occupazione civile o tecnica, giacchè i pericoli del ginnasio o di un lavoro che metta in troppa tensione le attitudini mentali deve essere evitato.

Se i genitori sono individui stravaganti, ipocondriaci od isterici, sarà ottima cosa se il bambino non verrà educato nella casa paterna e sarà così protetto dal pericolo di una educazione manchevole e dal contagio, per imitazione, dei disturbi psichici dei genitori. L'educazione dei collegi non conviene a tali fanciulli per diverse ragioni; la miglior cosa è l'educazione in casa di un pedagogo o di un prete di campagna.

È specialmente da tenersi calcolo di certe deviazioni dello istinto sessuale, che in questi individui *stigmatizzati* si sviluppa abnormemente presto e domina eccessivamente. Tutto ciò che presta un fomite somaticamente o psichicamente alla sfera sessuale, è accuratamente da tenersi lontano.

Una speciale tutela del medico reclamano certi individui naturalmente disposti, pei quali sono di tanto pericolo il periodo della pubertà e così pure tutte le altre fasi della vita fisiologica. Il più futile elemento morboso somatico può in uno di essi chiudere il circolo della catena dei momenti etiologici e dar luogo alla pazzia. Ogni malattia di tal genere (clorosi, ecc.) abbisogna di molte precauzioni e di un trattamento energico.

Nel campo psichico sono specialmente pericolosi la lettura dei romanzi, poi l'esagerato e fanatico trasporto per le cose religiose. Nei maschi il matrimonio di buon ora scema il pericolo della malattia, nelle femmine è desiderabile soltanto dopo raggiunta la maturità corporea, per evitare il pericolo che la gravidanza ed il puerperio trovino un corpo non sufficientemente sviluppato, debole e che si abbia perciò la pazzia. Anche l'allattamento, se può esser concesso, sia sorvegliato dal medico, ed in ogni caso non protratto a lungo, ma al più per 3 mesi.

Il trattamento dietetico e medico nel puerperio dev'essere corroborante.

Nel vigore della vita sarà scelto una convenevole occupazione priva di emozioni gravi, che non presenti le vicende della vita del banchiere o del commerciante, e conservi le funzioni mentali nel loro comunque labile equilibrio. Deve quindi introdursi regolarità e conformità alle leggi della natura; ogni abuso dei mezzi di godimento dev'essere evitato. Le funzioni degli organi digestivi devono essere mantenute integre con un regolare regime di vita.

In numerosi casi l'adempimento di queste condizioni eviterà la malattia mentale a coloro che vi sono disposti.

CAPITOLO III

La cura nei primordi della pazzia (1).

Soltanto di rado la pazzia appare come un fulmine a ciel sereno. Per lo più si sviluppa nel corso di mesi e di anni. Sarà un tempo prezioso di combattere la malattia quello che comprende il suo inizio, quando il pratico sia anche alienista e riconosca la pazzia là dove l'inesperto vede soltanto la depressione fisiologica, le passioni amorose, la clorosi, l'isterismo, l'ipocondria, la debolezza nervosa, l'eccitabilità di nervi e le più svariate cose. Sventuratamente l'inscienza molto grande del medico pratico nel campo della psichiatria, lascia questo stadio per lo più innosservato e disutilizzato ed apre gli occhi solo davanti alle malattie cosi dette a brusco esordio o già innoltrate da tempo.

Nei casi in cui si riconosca felicemente e rettamente la malattia incipiente è, in un gran numero di essi, ancora possibile di evitare la catastrofe. La prima condizione perchè le cose prendano una buona piega è la cognizione delle cause e l'allontanamento delle medesime. Tanto la terapia psichica che la somatica hanno qui un largo campo. Nell'un caso sono condizioni infelici di famiglia o sforzi professionali, nell'altro anemia, disturbi mestruali, malattie uterine, catarro di stomaco che dovremo rimuovere. Qui è questione di tatto diagnostico e

(1) Cfr. Ricker, *Nassauisches Correspbl.* 1862, 1; Leidesdorf, *Allg. Wiener med. Ztg.* 1862, 8, 9, 10; Maudsley, *Med. Times and Gaz.*, aprile 1868; Erlenmeyer, *Wie sind die Seelenstörungen in ihrem Beginn zu behandeln?* Neuwied 1861; Yellowlees, *Brit med. Journ.* 1871, p. 151.

medico affine di colpire nel giusto. In genere è bene attenersi alle seguenti indicazioni:

1° Far desistere dall'occupazione attiva. Il malato deve mettersi in riposo. La cosa più utile sarà la vita di campagna presso un amico, un parente, od anche secondo i casi un piccolo viaggio. Sono da evitarsi i grandi viaggi, le città rumorose, o e stazioni balnearie. È tanto più necessario un cambiamento di luogo quanto più le condizioni locali (famigliari o sociali) risvegliano o favoriscono la malattia.

2° Evitare tutte le influenze debilitanti. La pazzia si accompagna ai profondi disturbi della nutrizione e dà luogo ad essi.

3° Trattamento corroborante, ma privo di stimoli. Gli abusi della tavola ed il fumare sigari forti devono evitarsi.

4° Aver cura del regolare andamento delle secrezioni, massime dell'evacuazione giornaliera. E qui non si prescrivano drastici, ma lavativi, aloe, podofillina, preparati di rabarbaro, mezzi salini o dietetici (caffè di catartina, grappoli d'uva, siero di latte).

5° Sorveglianza sullo stato delle funzioni cerebrali in genere, massime del sonno e cura dei disturbi circolatorii del cervello. Contro l'insonnio possono essere utili i bagni, gl'impacchi umidi, il cloralio usato con moderazione, gli oppiati, soli od uniti al chinino, la digitale coll'acqua di mandorle amare, il bromuro di potassio, secondo poi le cause speciali dell'insonnio.

I disturbi circolatorii più comuni sono specialmente le iperemie flussionarie per diminuita innervazione vasomotoria. Sono da combattersi con un regime tonico ed eventualmente con aspersioni fredde, vescica di ghiaccio, coppette secche o senapismi alla nuca, bagni tiepidi (massime se l'azione cardiaca è accelerata) fino a 25°, bagni alle mani e ai piedi.

6° Il medico deve cercare di attenersi all'aforismo *last not least* nella cura psichica e di guadagnarsi la confidenza e l'ubbidienza dei malati; egli deve saper distrarli e consolarli. Chi li circonda deve essere istruito del contegno da tenersi col malato

ed alla sorveglianza. A questo riguardo contengono cenni preziosi gli scritti di Schröter e di Hecker (1). Il malato non deve essere nè moralizzato nè criticato. Anche una lotta logica, dialettica delle idee pazzesche è ugualmente rigettabile come la loro approvazione. Simili tentativi possono soltanto nuocere, in quanto che irritano i malati e li confermano nelle loro idee, le quali si fondano su di una malattia del cervello.

In una parola si lasci il malato in riposo, e si ponga sulla via di guarire quando egli richiegga volontariamente un regime di cura; soltanto allora si tenti la prova colla calma e colla dolcezza, mai cogli artifizii. Non si trascuri mai d'averlo in vista.

7° Dove la pazzia esordisce in forma melanconica, ed i fenomeni trovansi associati ad iperestesia psichica, con o senza ansia precordiale, l'oppio è un mezzo prezioso non abbastanza commendevole.

Nel maggior numero dei casi queste indicazioni, comunemente buone, rimangono un pio desiderio; se il medico riconosce soltanto tardi la malattia, rimane privo di indicazioni e cadrà in braccio a certi mezzi di cura obsoleti, ciarlataneschi, direttamente nocivi, che Erlenmeyer nel suo prezioso lavoro (*Wie sind die Seelenstörungen in ihrem Beginn zu behandeln?* Neuwied 1861) ha, colla sua ricca esperienza, sferzato. Con quelli il malato sarà trattato con un metodo sottrattivo, come ad es. la dieta, la sanguigna, i purgativi, i derivativi, ecc., oppure direttamente maltrattato e messo in uno stabilimento di bagni freddi(2) dove sarà raffreddato e, senza riguardi, docciato e privato di forze; oppure sarà istituita una cura *alterante* col tartaro emetico o colle commozioni psichiche, od una cura *di distrazione* mandando il malato penosamente disposto, inquieto, bisognoso di calma nei teatri, nei concerti, nelle società, a viaggiare. Presso a poco è a dirsi della cura cal-

(1) HECKER, *Anleitung f. Angehörige von Gemüthskranken*, 1879, 2, Aufl.
(2) Cfr. STARK, *Warnung v. d. Kaltwasserkur*, *Würtemb. Correspbl.* 1869, 17.

mante moderna col cloralio, che da certi medici leggeri ed ignoranti si spinge fino all'avvelenamento cronico dei malati.

Finalmente il malato diviene furioso, stupido od ostinato; si nota che il trattamento libero non gli si confà più e allora soltanto viene alla memoria il *deplorevole* manicomio, nel quale il malato arriva di frequente in uno stadio incurabile.

Così si compie il destino dei disgraziati pazzi (la cui malattia, per l'ignoranza dei medici e per i pregiudizi verso il manicomio, rimane *caput mortuum)*, quando finalmente arrivano nelle mani degli specialisti (1).

Di grandissima importanza è il giusto discernimento del quesito se, e quando, un trattamento libero non sia più adeguato e sia necessario pei malati il manicomio.

(1) Assai giustamente Neumann (*Psych.* p. 194) dice: « Una gran parte dei malati pei quali è richiesta l'ammissione è malconcia. Colpa di ciò hanno in parte la famiglia, in parte il medico. La prima lascia trascorrere molto tempo prima di persuadersi che l'individuo è malato; il secondo, chiamato quando Dio vuole, lascia passar molto altro tempo prima di capire che il malato è pazzo ed entrambi insieme lasciano passare altrettanto tempo prima di conoscere che è necessario l'alienista. Il primo periodo passa fra distrazioni, ragionamenti, moralizzazioni e tutto ciò che secca e stimola; nel secondo si cerca di combattere lo stimolo colle sottrazioni sanguigne, i purganti, gli emetici, le suppurazioni artificiali e nel terzo periodo si va alternando fra l'uno e l'altro di questi sistemi. Finalmente giunge l'alienista e trova il malato esaurito, la digestione turbata, l'irritabilità psichica giunta al maximum oppure passata in depressione profonda, spesso anzi trova il delirio ai confini del disordine terminale. Allora deve agire l'alienista! »

CAPITOLO IV

Il Manicomio (1).

Il manicomio è un luogo di orrore per il profano ed è invece, per l'alienista, il più influente mezzo di cura contro la malattia. Soltanto in esso il malato trova un modo di difesa contro i pericoli, segnatamente il suicidio; egli può abbandonarsi alle sue idee senza essere moralizzato, corretto, istruito; egli trova bontà e benevolenza, un numero maggiore di immunità e privilegi di quello che non godesse nella vita famigliare ed inoltre distrazioni e divertimenti a seconda che egli è o no capace di gustarli; cose tutte che costituiscono un abbondante mezzo di cura. Egli deve bensì conoscere l'autorità del medico e sottostare ai regolamenti disciplinari del luogo, ma non sì tosto rientri un po' in se stesso, riconoscerà il genio benefico che dovunque regna. La prevenzione dei pericoli, l'immenso apparato curativo psichico e somatico dello stabilimento, sono i vantaggi che questo contrappone al trattamento libero, che è da combattersi per la resistenza dei malati, l'incapacità dei parenti, l'insufficienza dello spazio e dei mezzi curativi.

Ma non di rado il manicomio è un metodo diretto di cura, in quanto che il passaggio dei malati ad altre e più adeguate condizioni riempie l'indicazione causale e toglie di mezzo le influenze morbigene di un modo di vita irregolare, le condizioni infelici di famiglia e di professione.

(1) Roller, *Die Irrenanstalt*, *Carlsruhe* 1833; Griesinger, *Archiv. f. Psych.* I, p. 9; *Rapport sur le service des aliénés*, Paris 1874 (descrizione accurata delle esigenze di un manicomio moderno, p. 95).

In generale i malati ricevono soltanto una buona impressione dal manicomio ed in regola, quando sono guariti, si ricordano riconoscenti dell'asilo al quale debbono la loro guarigione. La statistica (1) insegna che quanto prima il malato entra nel manicomio, tanto più grande è la probabilità che egli ha di ristabilirsi. Sventuratamente stanno contro agli scopi salutari gli immensi, tradizionali pregiudizi riguardo all'utilità dei manicomi ed al tempo in cui i malati devono essere ricoverati. Il profano crede che si debba mettere il malato nel manicomio solo quando questi si può considerare inguaribile, e così ne viene che, secondo una felice espressione di Mausdley, il manicomio si potrà paragonare piuttosto ad un cimitero della *ragione distrutta* che ad un asilo per le malattie cerebrali. Si crede che il malato, vivendo in mezzo agli ammalati, debba divenirlo ancor più. L'esperienza insegna il contrario. I malati in causa del trattamento uguale al proprio, che essi vedono messo in uso cogli altri, divengono attenti sul proprio stato, l'esempio degli altri li conduce beneficamente all' ordine ed alla sottomissione. Naturalmente è con ciò presupposta una divisione razionale dei malati secondo la forma morbosa ed il contegno, come avviene in ogni stabilimento.

Non ogni malato però abbisogna della reclusione nel manicomio. È ancor tanto radicato nel pubblico il pregiudizio che la pazzia sia una malattia disonorante, che l'ammissione di un individuo in un manicomio gli reca danno (quando esce guarito) agli occhi del mondo, talchè l'ammissione deve soltanto farsi in base all'urgenza e alla certezza della malattia.

Per tutti i pazzi inoltre non basterebbero i manicomi del luogo.

Il criterio principale della reclusione deve aggirarsi sul quesito se il manicomio sia necessario, se includa probabilità di gua-

(1) Secondo JENSEN (*Irrenfreund* 1877, 9) sopra 155 persone d'affari, ricevute in Allemberg guarirono il 16, 1 0[0], mentre su 206 persone di servizio guarirono il 56, 2 0[0]. I primi vennero, solo quando tutti i mezzi erano esauriti, nel temuto manicomio; gli altri invece, che non avevano nè denari, nè casa, vennero appena ammalarono.

rigione, se le condizioni domestiche sono infelici e fors'anche le cause della pazzia, se il medico è inesperto, l'ambiente disadatto per una cura psichica, se sono limitati i mezzi finanziari, ecc.; in tali casi la reclusione nel manicomio non sarà più da aggiornarsi.

Se invece tutte queste condizioni sono ottime, allora l'ammissione può esser ritardata, ma sarà sempre opportuno che per lo meno i malati si tengano lontani da quelle circostanze che prima hanno potuto agire.

Una seconda considerazione è il pericolo dei malati per sè o per gli altri. La sorveglianza privata non è sufficiente ad evitare le disgrazie.

Una terza è l'indisciplinatezza dei malati, l'impossibilità di condurre ad effetto un piano di cura, la sitofobia.

Si deve finalmente considerare anche la natura della malattia. Il manicomio dovrebbe essere messo a profitto soltanto pei casi a decorso cronico. Il grande apparato amministrativo di un manicomio è inutile in una malattia che si compie entro il ciclo di giorni o di settimane. Quando non basta la dimora in casa, in queste contingenze basta un ospitale comune. In ogni città dovrebbe provvedersi a che i casi acuti fossero curati nel relativo ospedale (delirium tremens, deliri epilettici). Fra i malati cronici che debbono specialmente essere ammessi nel manicomio dobbiamo annoverare:

I melanconici con relativo *tædium vitæ* o impulsi distruttivi verso il mondo esterno; quei malati che, per l'impossibilità di riuscire in altro modo pericolosi, quando sono in libertà si attaccano alla sitofobia.

I maniaci ed i furiosi abbisognano del manicomio per trovarvi l'isolamento necessario alla guarigione e per evitare i pericoli: ugualmente sarà a dirsi degli epilettici con frequenti periodi d'agitazione, dei paranoici con idee deliranti pericolose, dei paralitici nello stadio iniziale della malattia.

L'ammissione nel manicomio è da eseguirsi possibilmente negli ipocondriaci, nelle isteriche, nella pazzia ragionante,

massime quando i malati in discorso siano ereditari, e così irritabili e diffidenti da trovare dovunque danni e persecuzioni.

Non appartengono al manicomio gli stati tranquilli, secondari d'indebolimento psichico, i paralitici allo stadio finale della malattia, gli alcoolizzati, i pazzi delinquenti.

Alla questione della collocazione nei manicomi per scopi di salute si connette quella della coltura psichiatrica dei medici pratici, che a colpo d'occhio si mostra subito assai limitata. Ci si domanderà: perchè dunque se il malato ha per lo più bisogno del manicomio, deve il medico pratico essere ancora psichiatra? (1). Prescindendo da ciò che la psichiatria deve far parte della coltura del medico e che presenta un'importante applicazione nel campo medico-legale, la conoscenza delle cose psichiatriche è sempre molto importante anche fuori del manicomio.

Al medico pratico spetta il compito importante di riconoscere la malattia incipiente, di prevenire secondo le circostanze il suo ulteriore sviluppo, di scongiurare i pericoli al malato ed alla società, di procurarne l'ammissione a tempo nel manicomio; quando vi sia la necessità di attestare la malattia, di compilarne la storia e di aprire quindi scientificamente la strada all'alienista. Come appunto ogni medico, anche senza essere oftalmologo ed operatore specialista, dev'essere in grado di riconoscere a tempo per es. un glaucoma, per richiedere poi l'aiuto dello specialista, così pure deve avere una certa cultura psichiatrica per riconoscere il tempo opportuno di un trattamento razionale, e far sì che l'apparato operativo del manicomio non divenga poi inutile.

Ma se la psichiatria diverrà un giorno pei medici pratici un bene comune, si potrà istituire una cura complessiva dei casi acuti fuori dei manicomi, o nelle case private, o negli ospedali comuni; ed una certa quantità di casi cronici, che finiscono al manicomio perchè sono di peso, quantunque spesso abbisognino di una cura fatta a tempo, potrà esser curata in

(1) Cfr. Arndt, *Die Psychiatrie und das méd. Staatsexamen*, Berlino 1880.

libertà. Con ciò si avrà un vantaggio nell'amministrazione dei manicomi, senza di ciò sopraccarichi, e la maggior libertà e soddisfazione di molti malati.

Compito non piccolo pel medico pratico è non solo di procurare l'ammissione del malato nel manicomio, ma anche di tracciarne una storia morbosa esatta. L'anamnesi e la patogenesi sono appunto le condizioni fondamentali per un giusto giudizio e per la cura razionale del caso. Il malato che entra nel manicomio è per lo più troppo disturbato per poter fornire un'anamnesi attendibile, od il male è troppo avanzato da permettere all'alienista di investigare lo sviluppo somatico e tutto il complesso morboso retrospettivo. Invece è indispensabile una buona anamnesi per il malato e pel medico.

Riguardo all'ammissione nel manicomio, esistono degli articoli di legge, che debbono essere adempiuti affine di evitare gli abusi e specialmente la reclusione ad individui sani di mente.

È necessario, quando un medico pubblico con un attestato constata la malattia e riconosce la necessità dell'ammissione, che il tribunale e la commissione amministrativa dello stabilimento provinciale siano avvisati della seguita ammissione.

Bisogna sempre essere oculati nelle ammissioni, in modo che il prestigio del manicomio, già combattuto da troppi pregiudizi, non abbia a scadere in modo sensibile. Se l'ammissione è necessaria, si partecipi al malato coi dovuti riguardi, ma schiettamente e non lo si illuda con un viaggio d'affari, un viaggio ai bagni, una visita a parenti. Nei casi gravi quest'illusione ostacola al malato la formazione della coscienza sulla propria situazione; di frequente anzi lo esaspera, quando in seguito scorge l'inganno, e risveglia in lui sentimenti ostili contro lo stabilimento ed i parenti.

CAPITOLO V

Il trattamento nella malattia già dichiarata.

I. — Cura somatica con mezzi fisici e chimici.

Condizioni fondamentali per questo modo di cura sono:

a) La conoscenza esatta dell' origine e della qualità dell' alterazione somatica che serve di base alla pazzia.

b) L'astenersi da tutti gli elementi debilitanti l'organismo dei malati.

Fra i pregiudizi antichi dev' essere accennata l' opinione che i pazzi abbisognino di dosi maggiori di medicamenti che non i sani. Soltanto di rado si palesa (massime di fronte ai narcotici) quest'azione differente ed una stessa dose in uno stesso malato agisce ugualmente, tanto se il malato si trova o no in un periodo di eccitamento psichico.

Pel resto la maggior tolleranza è soltanto apparente, in quanto che il malato non esterna nè sta a considerare l'azione spiacevole dei medicamenti, senza però che per questo reagisca farmaco-dinamicamente ai rimedi meno di un savio.

Riguardo a certi stati morbosi extracerebrali tanto importanti terapeuticamente ed etiologicamente, è necessario indirizzarsi alla patologia e terapia delle malattie somatiche. Chi vuol curare e comprendere un alienato deve esser versato in tutte le parti della scienza medica. Le difficoltà colle quali si ha qui da lottare diagnosticamente e terapeuticamente sono appena minori di quelle della pediatria.

Specialmente importanti sono le cognizioni profonde in neurologia e ginecologia. Un intervento medico in quest'ultimo campo deve sempre esercitarsi con precauzione e tatto. Con ragione Ripping (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* 39) raccomanda la più grande premura, e Schüle (*Handb.* p. 624) di agire con molti riguardi. In generale si deve procedere all'esplorazione e alla terapia indicata da essa, solo quando i malati sono abbastanza intelligenti, o i riguardi per la vita e la salute (emorragie, perdite profuse) lo impongono imperiosamente.

I mezzi di cura che abbiamo per combattere gli stati psicopatici sono soltanto pochi. Un punto capitale si è di raggiungere le giuste indicazioni.

1) Mezzi per ostacolare l'afflusso di sangue al capo.

a) *Colla diminuzione della quantità del sangue. — Sottrazioni sanguigne.*

Un grande abuso, basato sul fondamento aprioristico della teoria infiammatoria nei pazzi, è stato commesso in addietro coi salassi. Sono passati i tempi in cui uno stato di eccitamento cerebrale era considerato soltanto come iperemia od infiammazione del cervello, ed in cui ricorrevasi alla lancetta non si tosto era diagnosticata una mania furiosa od un malato cominciava a delirare.

L'esperienza che la pazzia è non di rado la conseguenza diretta di una perdita sanguigna o si origina da uno stato d'inanizione, fu già provvidamente illuminata dall'uso dei salassi. Al giorno d'oggi il salasso nei pazzi è del tutto proscritto e la molteplice esperienza, per la quale dopo un salasso nei melanconici o maniaci si son visti aumentare gli stati di agitazione o subentrare stati stuporosi ed appena migliorarne qualcuno, giustificano questa prescrizione. I felici successi della psichiatria odierna dipendono totalmente dalla scoperta e dall'uso razionale di medicamenti nuovi, e molto più dall'abo-

lizione dei momenti debilitanti, fra i quali, accanto ai purganti, al tartaro emetico, ai vescicanti, alle mosche, ai setoni occupano il primo posto i salassi.

Per regola la pazzia si manifesta sotto un momento debilitante, con una diminuzione progressiva nel peso del corpo e, per l'aumentata attività cerebrale, con insonnio, insufficiente nutrimento. Si arriva all'inanizione ed all'impoverimento del sangue, la cui più eloquente espressione è lo stato d'esaurimento stupido, che tien dietro comunemente agli stati gravi di agitazione psichica.

Abbastanza spesso però abbiamo nei pazzi a che fare con fenomeni cospicui di iperemia cerebrale, ma questi non sono conseguenza di pletora, ma della debolezza, dell'azione neuroparalitica che si esercita nel campo dei nervi vasomotori.

Gli è evidente che qui un salasso, per la sua deplezione transitoria, è presso a poco senza effetto, mentre l'impoverimento sanguigno che ne deriva, soltanto lentamente sarà riparato, oppure affatto, e conterrà in sè il pericolo che un esaurimento cerebrale, forse riparabile, divenga un'atrofia cerebrale.

Nei rari casi in cui le circostanze sembrano indicare la sottrazione del sangue, come nel principio di un delirio acuto, nella pazzia che esordisce da una mestruazione soppressa, in certi casi di 'psicosi climaterica, la sottrazione si potrà fare per mezzo di mignatte alle apofisi mastoidee, al setto delle narici; od anche le coppette alla nuca basteranno a riempire l'indicazione simpatica. In generale noi abbiamo tutte le ragioni per fare la maggior possibile economia del sangue dei pazzi.

b) *Colla depressione dell' attività cardiaca.*

In prima linea è qui a ricordarsi la digitale (1) (infuso o tintura). La sua azione cumulativa richiede cautela nella somministrazione.

(1) Robertson, *Brit. med. Journ.* 1873, oct.; Mickle, *Journ. of ment. science* 1873, luglio; Bigot, *Annal. med-psychol.* 1874, sett.; Irrenfreund 1874, 9; Dagonet, *Traité*, p. 599.

Le affezioni gastriche catarrali acute e gli stati gravi di eccitamento sessuale, controindicano un uso perseverante ed abbondante di questo mezzo.

La soda nitrica, le piccole dosi di morfina e l'acqua di mandorle amare ne corroborano l'azione.

La violenta attività cardiaca vien calmata colle compresse fredde applicate alla regione cardiaca, gli impacchi freddi cd i bagnuoli freddi 24-21° R.), che sottraggono calore al sangue.

c) *Colla dilatazione delle vie vasali periferiche.*

Questo mezzo conviene specialmente nei casi di durevole e cospicua iperemia venosa del cervello. Accanto al bagno tiepido riescono utili le aspersioni con pannolini umidi, gl'impacchi, i rivulsivi al polpaccio delle gambe (Winternitz). Anche una derivazione sui vasi dell'intestino per mezzo dei sali neutri, delle acque minerali più riputate, dei [sali di Carlsbad, dell'aloe, del rheum, del ranno, può corrispondere a delle indicazioni. Un opportuno richiamo di sangue alla cute è procurato dalle coppe secche.

d) *Colla costrizione delle vie vasali del cervello.*

Idroterapia (1). — Lo scopo della costrizione delle vie vasali del cervello può essere raggiunto per mezzo di compresse fredde, di una vescica di ghiaccio al capo, o direttamente per mezzo di tali applicazioni lungo i vasi del collo.

Stimoli cutanei. — Heidenhayn (*Pflüger's Archiv.* III e IV) osservò, dietro stimoli sensitivi delle contrazioni dei vasi in tutto il capo, per riflesso del centro vasale del midollo allungato. Schüller, per mezzo di senapismi, osservò dapprima dilatazione, poi restringimento durevole dei vasi della pia madre. Questo modo di limitare l'afflusso di sangue al capo conviene specialmente per rimuovere gli stati venosi iperemici, dove ad un tempo è accelerato il circolo ed il trasporto dei prodotti del ricambio e l'ossidazione del tessuto cerebrale si

(1) Cfr. WINTERNITZ, *Hydrotherapie Bd.* II, 2. *Abthl.* p. 445.

compiono rapidamente. Come mezzo a tal fine si raccomandano i bagni senapizzati generali od ai piedi, l'applicazione in grande superficie di pasta da senapismi. Buch (*Arch. f. Psych.* XII. II. 1) esalta anche il metodo di Baunscheidt.

Medicamenti. — Un'azione restringente i vasi è attribuita alla nicotiana, al giusquiamo, alla noce vomica, belladonna, chinina, piombo, caffeina, ai preparati bromici, all'oppio ed alla morfina in piccole dosi, come pure alla segala cornuta e suoi preparati. Fra tutti questi mezzi spetta alla segala (1), sotto forma di infuso od ancor meglio di estratto acquoso, o all'argotina pura, secondo la formula di Bonjean o di Wernich (suscettibile di essere iniettata), l'azione prevalente.

Gli stati congestivi di agitazione (mania semplice, grave, mania con furore dei paralitici, certi stadi del delirio acuto, la mania transitoria) indicano tutti egualmente l'uso dell'ergotina. Già Schröder van der Kolk e van Andel si son serviti di tale indicazione, e Schlangenhausen ha ottenuto un successo relativo negli stati d'agitazione mestruale. Si dà l'estratto acquoso depurato alla dose di 0,5 fino a 1,0 per giorno. La stessa dose sottocutanea dell'ergotina (Bonjean, Wernich) è ugualmente innocua e si può iniettare una o due volte al giorno.

2) — Mezzi che promuovono l'afflusso di sangue al capo.

a) *Per aumento dell'attività cardiaca.*

Un'azione diretta a questo fine hanno gli alcoolici e gli analettici. Poichè i primi promuovono il sonno ed attivano la nutrizione cerebrale, mentre ritardano il ricambio materiale, così essi trovano con ragione un'applicazione diffusa negli stati di debolezza psichica funzionale e di esaurimento. Nei

(1) Yeats, *Med. Times and Gaz.* 1872; van Audel, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 32; Brown, *Corr. Bl. f. Psych.* 1876, 6-7; Schlangenhausen, *Psych. Centralbl.* 1877, 2; Toselli, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 36, p. 90; Solivetti, *Archivio italiano* 1881, fasc. I.

casi ordinari e quando si vuole ottenere un maggiore e duraturo afflusso di sangue al cervello, bastano vecchio e buon vino, birra, bibite alcooliche calde (*grog, punch* di vino). Nel caso che l'azione cardiaca sia indebolita, valgono il the, il caffè, lo zabaglione di cognac, gli eteri, l'alcool etilico (*Cfr.* OBERMEIER, *Archiv. f. Psych.* IV, 1). Nel collasso e nei minaccianti deliqui hanno una grande virtù le iniezioni sottocutanee di etere solforico o di canfora nella proporzione di una a 10 parti di olio di olive.

b) *Per dilatazione delle vie vasali.*

Idroterapia. — Fomenti caldi al capo, o bagni caldi, brevi frizioni fredde, bagni a pioggia di 1|4-3|4", bagnuoli freddi con energiche aspersioni durante 4-5" (Winternitz).

Medicamenti. — Un'azione vaso-dilatatrice è da attribuirsi all'etere, al cloroformio, all'ossido di carbonio, all'oppio ed alla morfina, a grandi dosi, ma specialmente poi al nitrito d'amile (1), che esercita nello stesso tempo un'azione energica sui poteri cardiaci; questo medicamento non si dà per lo stomaco, ma solo per inalazione. Coll'inalazione di esso si osservano delle zone rosse, ben presto confluenti, nel campo del simpatico cervicale. Talvolta il rossore si estende anche al petto, alle braccia, talvolta fino ai genitali. Inoltre il polso diviene molto frequente (fino a 120), celere e monocroto. Questa frequenza cessa dopo pochi minuti; al contrario il monocrotismo si conserva talvolta fino ad 1|4 d'ora. Il respiro è rallentato. Fra i fenomeni subbiettivi si nota una sensazione come di essere divenuti più grossi, benessere al capo, vertigini, prurito, cardiopalmo; talvolta ancora una grande vivacità psichica ed una gran chiacchera.

Incontestabilmente il nitrito d'amile produce l'iperemia del cervello e delle sue membrane. Schüller osservò che, durante l'inalazione, le arterie della pia si dilatavano ed il cervello si

(1) PICK, *Monographie*, 2. *Aufl.*, Berlin, 1877; HÖSTERMANN, *Wien. med. Wochenschr.* 1872, 46-48; OTTO, *Allg. Zeitschr. f Psych.* 31, H. 4; BERGER, *id.* 31, H. 6; SCHRAMM, *Arch. f. Psych.* V, H. 2.

espandeva; però all' oftalmoscopio non è dimostrabile la dilatazione dei vasi retinici.

Si fa questione se la dilatazione vasale sia cagionata dalla paralisi dei nervi vasomotori o della muscolare della parete dei vasi. La prima opinione è da escludersi, poichè l' amilnitrito agisce ugualmente negli animali anche quando è tagliato il bulbo, vale a dire è messo fuori d' azione il centro vasomotore del midollo allungato. Non si può quindi trattare che di una paralisi diretta degli elementi contrattili dei vasi. Il nitrito d'amile è un veleno diretto dei muscoli. Rimane oscuro l'accceleramento del polso; questo si può spiegare in base alla nota scoperta di Schiff, secondo la quale il cervello, e propriamente una certa regione della corteccia, esercita un' influenza eccitatrice dell' attività cardiaca; e così si può pensare che l'amilnitrito agisca sul cuore dopo aver provocato l'iperemia cerebrale.

Questo mezzo merita considerazione in tutti quegli stati morbosi, i quali lasciano notare una costrizione dei vasi cerebrali.

La sua influenza è certamente passeggera, ma si può ripetere frequentemente senza pericolo. Sono controindicazioni l'ateromasia delle arterie e gli aneurismi.

Il miglior modo d' amministrazione è l' inalazione pel naso mediante bambagia; 4-6 gocce per dose. Si osservano dei successi nelle emicranie, nell'angina pectoris, nell' asma bronchiale ed in certi casi di epilessia vasomotoria.

L' importante influenza di quel rimedio condusse anche a delle ricerche riguardo ai disturbi psichici. Giova segnatamente in certi casi di melanconia nei quali, accanto ad un completo arresto psichico, esistono fenomeni di una circolazione profondamente turbata (estremità fredde, pelle livida, violacea, edematosa, calorico diminuito). Nello stadio iniziale di queste melanconie così dette passive e stuporose trattasi palesemente di uno spasmo vasale; negli stati cronici, di una diminuita innervazione del cuore e dei vasi. L' amilnitrito è da considerarsi indicato in entrambe queste fasi, in quanto che, nella prima vince lo spasmo vasale e nella seconda invece dilata ancor più i vasi;

ma qui però eccita la depressa azione cardiaca e quindi in entrambi i casi affluisce maggior copia di sangue al cervello anemico.

3) — Mezzi calmanti che diminuiscono il forte eccitamento e moderano l'eccitabilità.

Mezzi calmanti generali.

a) NARCOTICI.

Un importante ufficio è attribuito con ragione ai narcotici nella terapia delle psicosi, inquantochè combattono l'eccitamento psichico e l'iperestesia e richiamano il sonno.

Oppio (1). — Fra tutti questi mezzi l'oppio nelle sue diverse preparazioni (oppio puro, laudano, estratto acquoso) è uno dei più importanti.

Meglio di tutti gli altri modi riesce la sua amministrazione sotto-cutanea in forma di estratto acquoso (1:20), poi viene quella per clisma o per suppositorio. L'uso per bocca è meno da consigliarsi e, se è necessario, si darà l'estratto d'oppio acquoso in unione a tonici amari, a vino di Spagna.

Le virtù dell'oppio sono:

1° Di calmare, di togliere l'iperestesia psichica, di sedare l'ansia precordiale. Con ciò esso agisce come semplice ipnotico.

2° Agisce eccitando i nervi vasomotori e quindi come vasocostrittore.

3° Ha un'azione trofica sul sistema nervoso centrale, attiva la nutrizione.

(1) ENGELKEN, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 5, H. 3, MICHÉA, *Gaz. med.* 1853, 4. 8. 10; MARCÉ, *Gaz. des Hôp.*; LEGRAND DU SAULLE, *Ann. med. psych.* 1859; L. MEYER, *Allg. Zeit. f. psych.* 16; TIGGES, *id.* 21; NASSE, *id.* 32; KONTY, *Preuss. Ver. Ztg.* 1862, 32; ERLENMEYER, *Archiv der deutschen Gesellschaft f Psych.* III, 1 e 2; FOCKE, *id.* IV, 1.

L'azione stitica, l'azione accessoria di diminuire le secrezioni, si perdono col lungo uso. L'azione cardio-paralizzante, che dà luogo all'iperemia venosa del cervello e dei polmoni, si osserva solamente nei casi di suicidio per oppio, non già dietro l'uso di dosi mediche.

Un'influenza nociva dell'oppio nei pazzi, quando esiste l'indicazione, non è stata osservata.

Gli stessi stati flussionari del cervello, qualora siano di natura neuro-paralitica non controindicano l'oppio. All'opposto esso è nocivo in tutti gli stati di iperemia venosa.

Gli anemici, isterici, ipocondriaci reagiscono in modo specialmente intenso agli oppiati; esiste anche di rado un'idiosincrasia che ne impedisce l'uso.

Come effetto locale della terapia sotto-cutanea dell'oppio si verificano non di rado degli ascessi, i quali guariscono straordinariamente presto (influenza trofica locale dell'oppio).

D'impareggiabile valore è l'oppio nei casi d'incipiente melanconia. Agisce qui direttamente contro l'iperestesia psichica e si rivela specialmente utile contro le idee fisse e l'ansia precordiale.

Anche nell'acme della melanconia, quando essa è attiva e decorre con violenta ansia precordiale, l'oppio riesce un mezzo diretto di cura.

Specialmente utile rivelasi quando si tratta di casi recenti, di individui anemici e di sesso femminile. Ciò vale anche per la pazzia puerperale quando ha un carattere melanconico.

Ottima è la sua influenza nelle psicosi acute per alcool (melanconia, mania, delirio di persecuzione) e nel *delirium tremens*, nella mania con iperestesia psichica e nel furore maniaco che si rivela con affetti violenti e pericolosi.

In tutti gli altri casi di mania, come nella melanconia passiva, l'oppio non esercita alcuna azione, se pure non è nocivo.

L'influenza sedativa dell'oppio si rivela subito, ma soltanto colle dosi mediocri (0,05-0,1). Si cominci con 0,02-0,03 di estratto acquoso, per via ipodermica e si aumenti ogni due giorni di 0,01. Le dosi massime non si possono stabilire. Or-

dinariamente si vede che basta arrivare a due iniezioni per giorno di 0,05, 0,1 ciascuna. Se è passato il periodo dell'acme, si diminuirà successivamente la dose (cura regressiva); non se ne sospenda mai bruscamente l'amministrazione.

Morfina (1). — La morfina ha in genere l'azione dell'oppio; soltanto le manca l'azione trofica, talchè, quando è indifferente la scelta dell'una o dell'altro, ma la nutrizione è profondamente deperita, l'oppio merita la preferenza. Gli effetti vasomotori e calmanti della morfina sono anche più grand di quelli dell'oppio.

Le piccole dosi (0,01-0,03 per via ipodermica) agiscono stimolando i vasi, le più grandi (0,03 fino a 0,05) paralizzandoli.

L'azione locale è generalmente sedativa e si osserva colle dosi di 0,01-0,1. Per esser certi che la soluzione di morfina o di estratto d'oppio non divengano acide si fa un'addizione di glicerina. Io impiego una soluzione di 1 parte di un sale di morfina (o di estratto d'oppio) in 15 di acqua distillata, coll'addizione di 5 di glicerina.

Nel principio della cura disturba l'azione emetica del rimedio. La posizione orizzontale, il caffè nero e, dopo ripetuta esperienza, l'addizione di una tenue quantità di atropina fanno scomparire quel disturbo. Nelle iniezioni sottocutanee si dànno talvolta degli accidenti disgraziati, sia subito dopo l'iniezione, sia 1-2 ore dopo. Nel primo caso i fenomeni non sono dipendenti dalla dose e neppure dall'iniezione in una vena, ma verosimilmente dalla puntura o dalla irritazione chimica (soluzione acida) di un nervo cutaneo e quindi dalla possibile paralisi reflessa dei centri nervosi del bulbo (arresto del cuore e della respirazione). Una paralisi vasale della cute (rossore eritematoso e senso di bruciore) formatasi immediatamente nella

(1) Reissner, *Allg. Zeitschr. f. psych* 24; Hergt, *id.* 33; Keimer, *id.* 30; Schüle, *Die Dysphrenia neuralgica* 1867 e *Handb.*, p. 636; Wolff, *Arch. f. Psych.* II, p. 601; Krecht, *id.* III; Witkowsky, *Die Morphiumwirkung*, 1877 (con letteratura); Gscheidlen, *Würzb. physiol. Untersuchungen*, III; Salomon, *Allg. Zeit. f. Psych.* 31, p. 653.

località dell'iniezione può precedere o costituire di per sè tutto l'intero disturbo (paralisi vasomotoria). In tali casi sono necessari i mezzi eccitanti ed attivanti la respirazione, oppure lo stimolo elettrico dei frenici.

Nel secondo caso trattasi di un avvelenamento reale, con eventuale perforazione venosa, che dev'essere combattuto colle iniezioni di atropina, la respirazione artificiale, i mezzi eccitanti.

La morfina non ha mai un'azione cumulativa. Dopo alcune ore si manifesta il suo effetto. Dietro l'uso per molte settimane e di grandi dosi, essa può divenire una necessità per il sistema nervoso centrale. Si sviluppa così la così detta morfiomania (1) e si stabiliscono profondi disturbi nell'organismo. (Diminuzione del turgore vitale, del peso del corpo, della libidine sessuale, amenorrea, accessi di febbre intermittente, albuminuria).

Se si sospende ad un tratto la morfina in chi vi è abituato, si hanno paralisi vasomotorie, accessi di vomito profuso, coleriformi, indicibile angoscia ed agitazione psichica fino al furore, talvolta ancora fenomeni gravi e minaccianti il collasso (2), i quali, ridando la morfina, scompaiono spontaneamente nel periodo di 2-3 giorni. Se è necessaria e possibile una rapida sospensione della morfina, si sostituisca questa con vino generoso e si ammonisca ripetutamente il malato che egli andrebbe contro il pericolo del suicidio. Nei malati di mente, indeboliti, è soltanto possibile un divezzamento graduale, con successiva diminuzione della dose; si dura spesso dei mesi, finchè anche le dosi minime non sono più necessarie. Riguardo

(1) Levinstein, « Die Morphiumsucht » 2ª ediz. Berlino, 1881; Irrenfreund 1877, 7; Laehr, *Allg. Zeit. f. Psych.* 30, H. 3: Fiedler, *Zeitschr. f. prakt. Med.* 1874, 27-28.

(2) Levinstein, « Die Morphiumsucht », 2. ediz. 1881, descrive assai bene questo stato come un *delirium tremens* acuto da astinenza morfinica. Dopo la sospensione i malati divengono inquieti, instabili, piangono, gridano, rimangon persin furiosi delle ore; poi insorge il quadro di un delirio allucinatorio (vedere uccelli, sentir voci, sensazioni come di esser nell'acqua, allucinazioni olfattive, idee di esser morti). Con ciò insonnia continua, tremore generale, nistagmo. Questo stato può durare persino 48 ore.

alle alterazioni anatomiche, queste non si hanno, come nell'alcoolista, nell'abituale morfiomane e parimente poco soffrono le funzioni psichiche.

L'amministrazione ipodermica della morfina è la più usata e la più efficace. Essa trova indicazioni:

1° Negli stati melanconici con sintomi neuralgici o vasomotori, in grazia della sua azione locale e generalmente sedativa ed eccitante i vasi.

2° Nel delirio di persecuzione con iperestesie, sensazioni neuralgiche e dipendenti idee deliranti (delirio fisico di persecuzione); nelle allucinazioni con e da iperestesie dei centri acustici (allucinazioni erctistiche stabili), e quindi specialmente nella paranoia allucinatoria.

3° Nella mania furiosa, in quella mania in cui la grande eccitabilità è provocata dagli stimoli del mondo esterno che ne protraggono la convalescenza, inoltre nelle ire violente dei dementi. La morfina qui agisce rimuovendo l'aumentata eccitabilità psichica.

4° Negli stati intercorrenti (flussionari, maniaci) d'agitazione dei paralitici, che decorrono con paralisi vasali. Qui sono indicate le dosi vaso-irritanti fino a 0,03.

5° Come mezzo sedativo negli stati intercorrenti d'eccitamento delle forme croniche, che per lo più son prodotti da flussioni, allucinazioni, affetti.

6° Negli stati di eccitamento periodicamente maniaci o circolari, che decorrono con fenomeni prodromici vasomotori (polso piccolo, teso, celere). Qui sono necessarie grandi dosi per troncare gli accessi.

E controindicata la morfina nel marasma, quando vi ha tendenza al collasso, nei vizi valvulari non compensati, nel cuor grasso, nella mania all'acme con carattere espansivo.

Gli altri alcaloidi dell'oppio, la narceina (1) introdotta da Cl. Bernard nella terapia, come pure la papaverina impiegata da

(1) Reissner, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 24.

Leidesdorf (1) ed altri, non si mostrano di grande utilità, e prescindendo dal loro alto prezzo, agiscono meno attivamente della morfina. Anche meno indicati sono lo strammonio, usato da Michéa (*Gaz. méd. de Paris*, 1853, 31-32), il *conium* (*Crichton Browne*, *Lancet*, 1872), l'acido cianico (*Mc'Lead*, *Med. Times and Gaz.* 1863, marzo), e il cloroformio, su cui si fondarono tante speranze.

Diversi per azione, i preparati di belladonna tengono dietro agli oppiati.

« Talvolta l'uso prolungato e progressivo dell'estratto di » belladonna fu visto giovare nelle melanconie gravi che si » accompagnano ad affetti ansiosi » (Schüle, *Handb.* p. 638).

Per lo più si somministrano nello stesso tempo anche gli oppiati e si dimostra, secondo la mia esperienza, utile l'unione dell'oppio alla belladonna in certi casi gravi di melanconia.

Alcuni successi sembrano avere avuto i preparati di *cannabis indica* (Cfr. Böttcher, *Berliner klin. Wochenschr.* III, 16), portati in uso dagli inglesi e preferiti come surroganti dell'oppio; soltanto però è difficile l'averli buoni e genuini e conservarli tali. Clouston (*Brit. Review* 1871, genn.) vanta in modo speciale l'azione calmante dell'*hascisch* unito al bromuro di potassio.

Bromuro di potassio (2). — Fra i mezzi più importanti nel campo della terapia delle malattie nervose figura il bromuro di potassio accanto a quello di sodio e d'ammonio.

I preparati bromici hanno la proprietà di esercitare un'azione depressiva sull'attività cerebrale, massime poi di togliere l'abnorme eccitabilità riflessa dal sistema nervoso centrale. Credevasi in addietro che il bromuro di potassio esercitasse questa azione per influenza sul sistema nervoso vasomotore; oggi si può ritenere che il bromuro di potassio esercita direttamente un'influenza depotenziatrice sui centri nervosi.

(1) Leidesdorf e Breslauer, *Vierteljahrsschr. f. Psych.* 1868, pag. 403; Stark, *Allg. Zeit. f. Psych.* 26, p. 121; Hoffmann, *Wien. med. Jahrb.* xx, p. 207; Kelp, *Arch. f. Psych.* II, H. 1, p. 177.

(2) Dronet, *Ann. med. psych.* 1873, nov. (risultati non soddisfacenti); Stark, *Allg. Zeit. f. Pshcy.* 31; Leidesdorf, *Allg. Wien. med. Ztg.* 1871.

La questione se il potassio od il bromo sia l'elemento più influente in questa cura, è stata risolta in favore di quest'ultimo. Si può ascriver valore al potassio, in quanto che esercita l'azione attribuita da Kemmerich al bromuro di potassio, quella cioè di migliorare la nutrizione generale; ma l'azione sedativa cerebrale spetterebbe soltanto al bromo. Come documento a comprova di ciò possono addursi le ricerche di Otto sugli epilettici, nei quali il bromuro di potassio diede alcuni felici risultati. Questo osservatore diede potassio invece di bromuro di potassio e vide ripetersi gli accessi, mentre il bromuro di sodio od anche la soluzione di bromo si mostrarono terapeuticamente uguali per azione al bromuro di potassio. Il bromuro di potassio non si scinde nell'organismo, ma si trova tale e quale nel sangue e viene emesso inalterato colle urine; questa eliminazione avviene in modo mediocremente rapido, ad ogni modo nel corso di un giorno.

In grazia della sua azione speciale sull'organo centrale, la sua amministrazione è indicata in quei casi nei quali si trova una eccitabilità morbosamente elevata, massime nell'apparecchio che serve alle funzioni riflesse, ed un eccitamento morboso. È indicata specialmente nelle psicosi le quali sono legate a stimoli negli organi periferici (utero) e sono considerate come riflesse, irradiate. Qui rientrano specialmente le melanconie costituzionali che decorrono con iperestesia spinale, le forme della paranoia sessuale nel e fuori del climaterio, come pure il delirio di persecuzione costruito fisicamente sopra sensazioni spinali. Questo rimedio merita inoltre considerazione nella pazzia periodica che decorre con stati irritativi dei genitali, in grazia alla sua azione antiafrodisiaca. Agisce finalmente come sonnifero per molti malati.

Fra le malattie nervose ve ne sono talune con aumentata eccitabilità riflessa spinale o cerebrale, l'epilessia, la corea *major* e *minor* e certi stati di isterismo, in cui il bromuro di potassio è utile.

La dose minima, negli adulti in cui si può sperare un successo decisivo, è di 6 gr. Nel più dei casi si può senz'altro

andare fino a 10 gr. per giorno; come dose massima si può giungere a 15 gr.

Dietro tutte le osservazioni fatte, le donne dimostrano di reagire a questo rimedio più intensamente dell'uomo. Dopo un lungo uso e ad alte dosi vengono senz'eccezione in [scena dei sintomi nel campo della psiche, della sensibilità e motilità, delle funzioni vegetative, come pure dei disturbi nutritivi nella cute. Questi sintomi possono anche avere un carattere minaccioso, condurre ad un vero avvelenamento da bromuro di potassio (1).

I primi e più comuni fenomeni che tengon dietro ad un uso più che moderato (6-8 gr.) sono eruzioni di acne circa nella 2ª-3ª settimana del trattamento. Si trovano al viso, al collo, alla nuca, talvolta ancora diffuse a tutto il corpo. Talvolta ingrandiscono tanto da sembrar foruncoli, ma non hanno però un rilievo centrale. Di rado si formano delle lesioni ulcerose nella pelle, spontanee o derivanti dal confluire dei foruncoli, con fondo corroso, di colorito grigio-rosso e prevalentemente alle gambe.

Conseguenza frequente del bromuro a dosi durature ed elevate si è l'abolizione dei riflessi nella gola e nel palato.

Molto comunemente altresì si osserva il catarro della bocca e della faringe con fetore insopportabile della bocca, secrezione di saliva viscida, non di rado cardialgia, colica, catarro gastrico, diarrea. Quest'azione si manifesta più o meno direttamente a seconda che il rimedio sia o no convenevolmente attenuato.

Da tenersi in gran conto sono i disturbi psichici e motori. Essi vengono esclusivamente dietro le dosi alte e progressive nella 2ª-3ª settimana, e consistono in casi di leggero stupore, ottusità mentale, senso di debolezza, deambulazione incerta, vacillante, completa stupidità, paresi generale. Uno stato del tutto analogo osservò Steinhauer nei conigli al cui cibo aggiungeva bromuro di potassio o acido bromico. Questi

(1) Lübben, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 31, H. 3; Böttcher, *id.* 35, H. 3; Voisin, *Traité de la paral. gen.* p. 298.

animali lasciarono osservare una completa apatia, deambulazione vacillante, enorme debolezza muscolare. Questi disturbi sono del resto rimediabili e scompaiono 8-10 giorni dopo la sospensione del rimedio.

In special modo efficace si mostra il bromuro di potassio contro l'epilessia (1) e non solo nei casi recenti e di origine riflessa, ma altresì negli antichi ed idiopatici. Il bromuro è il migliore di tutti i mezzi indicati per la cura dell'epilessia.

Nella cura dei poveri s'impiega per lo più il bromuro di potassio che è di mediocre costo, in quella dei ricchi si può usare il bromuro di sodio, che è più costoso, ma ancor più attivo.

Iosciamina (2). — L'iosciamina impiegata da Lawson (*West Riding asyl. reports* 1876) è secondo Kretz un potente sedativo in una serie intera di psicosi (manie, stati periodici e circolari d'agitazione) e giovevole ancora là dove gli altri mezzi calmanti a nulla approdano. Ma è un mezzo nello stesso tempo pericoloso e da usarsi con precauzione estrema.

L'iosciamina fin qui adoperata si presenta in preparati cristallini ed amorfi. Agisce dilatando la pupilla, restringendo i vasi, accelerando il polso, aumentando la pressione sanguigna, deprimendo le funzioni degli organi centrali motori, talvolta anche provocando il sonno.

Ad alte dosi e specialmente nelle persone sensibili essa esercita un'azione cardio e vaso-paralizzatrice e, dopo lungo uso, dimostra di danneggiare profondamente la nutrizione. In ogni caso tale rimedio è pericoloso negli stati d'indebolimento, nelle malattie del cuore, dei vasi ed organiche. Non ha però punto un'azione cumulativa.

(1) Otto, *Arch. f. Psych.* v, H. 1. Frigerio, sulle iniezioni sottocutanee di bromuro di potassio nell'epilessia, Pesaro 1876.

(2) Mendel, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 36; Schüle, *id.* 37, p. 677; Kretz, *id.* 39; Reinhard, *Archiv. f. Psych.* xi, pag. 391; Gnauck, Berlin. klin. Wochenschrift, 1881, Num. 10; Seppilli e Riva, « Rivista sperimentale » 1881, fasc. 1° e 2°; Hughes, *The Alienist and Neurologist* 1882, aprile.

Kretz osservò nei suoi malati un senso di oppressione, secchezza alle fauci, anestesia, disturbi visivi, dilatazione pupillare, fosfeni, da principio diminuzione delle respirazioni, frequenza del polso, grande debolezza muscolare, tremori, vertigini, qua e là anche paralisi vasomotorie (flussioni al viso, cianosi).

La dose da usarsi oscilla fra 0,003 e 0,01! internamente od ipodermicamente, 1 o 2 volte al giorno.

Si palesa come un mezzo momentaneamente sedativo nei malati molto agitati, sucidi ed impulsivi. Reinhard avrebbe osservato che abbrevia il decorso degli accessi, specialmente negli stati d'agitazione mestruale, al contrario di Seppilli e di Riva. L'iosciamina si rivela come paralizzatrice della corteccia cerebrale, e specialmente ottunde l'eccitabilità dei centri sensitivi e motori, per il che l'irritabilità dei malati (dietro sensazioni anomale) e l'agitazione motoria vengon tolte di mezzo. Può transitoriamente essere utile nella mania, nel furore, e specialmente agevolare il trasporto dei malati.

Mezzi sedativi, fisici e dietetici.

Accanto al riposo in letto, al temporaneo isolamento dei malati, all'allontanamento dai vivaci stimoli sensitivi, stanno in prima linea certi mezzi sedativi idroterapici.

I bagni tiepidi di 25-27 R. agiscono non solo rinfrescando, eccitando i processi fisici e chimici nel corpo, come rivulsivi dilatando i vasi della cute, attivando l'assorbimento, abbassando la frequenza del polso ed il calore, ma altresì inducendo la calma con un sottraente eccitamento dei nervi cutanei e perciò come mezzo sonnifero. Ordinariamente sono prescritti della durata di 1|2 ad 1 ora. Quando vi è anche flussione si pongono inoltre delle compresse fredde al capo.

Una più ampia applicazione della terapia è data dai *bagni prolungati* (1) di circa 28° R., che Brierre ha introdotto, fa-

(1) Brierre, *Bullet. de l'acad. de med.* 1846, 15 sett.; Pinel, *id.* 1852, 2 nov., Baillarger, *id.* 1854, marzo; Turk, *Ann. med. psych.* 1853, p. 685; Brocard; *Thèse de Paris* 1859; Laehr, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 34.

cendoli durare 10-12-14 ore. Nello stesso tempo il capo del malato è sottoposto ad una pioggia fatta con acqua a circa 15°. Brierre li trovò giovevoli nelle manie recenti, nelle melanconie massime alcooliche e puerperali.

Sono controindicati nell'anemia, massime negli stati d'esaurimento.

In tutte le circostanze, all'uso loro deve unirsi una dieta corroborante dei malati. I maniaci sono da sorvegliarsi bene nel bagno prolungato, poichè essi facilmente vi si masturbano.

Le docce, le pioggie, lo scheletro che si danno a tutto pasto negli stabilimenti termali, debbono avere la loro indicazione nelle psicosi. Questi mezzi agiscono in parte sottraendo calore, in parte eccitando; le docce però sono meccanicamente conquassanti e possono essere nocive.

Un ottimo mezzo calmante e frequentemente ipnotico sono gli impacchi recentemente impiegati da Priesnitz, della durata di una o più ore (1).

b) SONNIFERI (2).

Il sovrano dei sonniferi dell'epoca moderna è il *cloralio idrato* (3). La sua azione è anche pronta, di rado fallisce nei primi tentativi, il sonno ne è gradevole, ristoratore, molto vicino al naturale. Ma tale successo è soltanto transitorio.

(1) Svetlin, (*Leidesdorf*, *Psych. Studien*. 1877) esalta la virtù degli impacchi con panni tuffati nell'acqua da 18-20° (1-2 ore), per combattere l'agitazione dei maniaci. Egli pretenderebbe anzi di aver troncato dal principio le manie periodiche e nelle non periodiche, coll'abbassamento della temperatura e della frequenza del polso, avrebbe diminuito l'intensità dell'agitazione. Da tenersi in gran conto è l'azione ipnotica loro, che non manca mai. Si cominci con impacchi della durata di ore 2 1[2 e si prosegua fino a che il sonno divenga breve e poco profondo. Allora la durata degli impacchi è da diminuirsi. V. Roechling, *Dissert. Bonn* 1876, « Wirkung nasser Einwicklungen bei mit Stupor behafteten Melancholischen ».

(2) Wittich, *Archiv. f. Psych.* vi, H. 2; Schüle, *Handb.* p. 656.

(3) Husemann, *Schmidt 's Jahrb.* 1851, Nr. 7 (Pharmakolog. und toxikolog. Bericht); Kunst, « Philadelph. med. Reporter » 1870, aprile; Schüle, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 28; Fischer, *id.* 27; Hansen, *Arch. f. Psych.* ii, p. 790; Stark, « Würtemb. Corr.-Bl. » 1871, 17; Arndt, *Arch. f. Psych.* iii; Fürstner *id.* vi.

Anche un aumento nella dose non procura più il desiderato sonno, ma soltanto uno stato di istupidimento e d'intossicazione. Non si deve mai dimenticare che il cloralio a lungo uso produce certi brutti fenomeni, e secondo le circostanze anche pericolosi, ai quali un' illimitata precauzione non avrebbe dato luogo. Sopratutto produce uno stato paretico nei vasi, il quale è latente fino a che non intervenga una causa che aumenti la pressione del sangue (alcoolici, tempo del pasto); si sviluppa allora il così detto *rash*, al quale Schüle specialmente ha posto attenzione, uno stato di paralisi vasale specialmente nel territorio del simpatico cervicale, che subbiettivamente si manifesta con senso di percosse al capo, di grande storditezza, di ardore interno. Questa paralisi vasale, che si può osservare anche all' oftalmoscopio (Schüle) in forma di una grande iniezione dei vasi del fondo dell' occhio, si accompagna ad un aumento dell'azione cardiaca, a palpitazione, polso pieno, cedevole. In certi individui disposti basta benissimo una somministrazione cloralica di più giorni a provocare questi disturbi. Se si tralascia l' uso, si perde la disposizione al *rash*, che in certi casi dura delle ore e scompare gradatamente.

Dietro un lungo uso del cloralio si è osservato l' anemia, l'edema (Hergt), l' ematoma della cute e degli organi interni (Pelman), poi i disturbi nel ricambio dei tessuti (corpulenza, fame canina senza il senso di sazietà), la morte per paralisi cardiaca (Jolly) ed il decubito.

Il cloralio è perciò un mezzo non innocente, ed anzi pericoloso in chi ha la tendenza alle paralisi vasali ed alle apoplessie, come in chi offre dei segni di esistenti aneurismi migliari, che controindicano naturalmente la sua amministrazione. Usato transitoriamente è un prezioso ipnotico nelle psiconeurosi, massime quando esistono dei fenomeni di spasmo vasale e di anemia cerebrale; anche nel *delirium tremens* di persone giovani e robuste, riesce un prezioso mezzo sedativo ed ipnotico. La dose sia di 1 a 2 gr. od all' incirca; 4 gr. sono davvero pericolosi. Si può dare internamente o per clismi; ipodermicamente non è da impiegarsi poichè produce violenti

dolori e flemmoni. Jastrowitz l'impiegò in unione alla morfina e l'effetto fu ottenuto con piccole dosi. Quando il palato è guasto e cattivo, ottengono il miglior successo nella pragsi dei poveri la liquerizia ed alcune gocce di cloroformio; nei ricchi si può amministrare in capsule di gelatina, in acqua di fiori di nappo e sciroppo di scorze d'aranci.

Il trattamento di un sintoma così grave come l'insonnio deve sempre essere individualizzato e diretto alle cause. In molti malati la causa è l'anemia cerebrale e rispettivamente l'insufficiente nutrizione. Qui sono indicati il riposo in letto, i buoni pasti, massime di sera ed oltre agli alcoolici, specialmente la birra (Cfr. WITTICH, *Arch. f. Psych.* VI, H. 2), anche un bicchiere di vecchio e buon vino (caldo, brulè), mezzi che spesso trionfano anche là dove gli altri mezzi ipnotici non hanno successo. Se questi mezzi dietetici comuni non sono sufficienti, allora è da ricorrersi al cloralio. Negli stati gravi di esaurimento possono anche praticarsi delle iniezioni di canfora.

Anche l'oppio, unito al chinino ed alla valeriana, è qui non di rado utile, mentre la morfina nei malati molto anemici è controindicata. Talvolta allora riesce efficace l'unione della morfina al chinino, per via sottocutanea. Io son solito servirmi di una soluzione ben mescolata e filtrata di 0,25 di un sale di morfina, 5 gr. di glicerina, 1 gr. di solfato di chinino, 15 gr. di acqua distillata. Uno schizzetto da iniezione contiene 0,0125 di morfina e 0,05 di chinino.

In altri casi è uno stato flussionario del cervello che turba evidentemente il sonno. Qui sono indicati il ghiaccio, i bagni con o senza di esso, i bagni senapati, gli impacchi di Priesnitz. Quando vi è il polso piccolo e frequente, la digitale agisce spesso come ipnotico pronto, con o senza oppio o morfina.

Spesso, massime nei melanconici, il sonno è ostacolato dall'eccitamento psichico (idee penose, spesso con carattere di idee fisse, affetti aspettativi ansiosi). Qui vi è l'indicazione per l'oppio e la morfina, massime per via ipodermica, ed anche per la morfina unita al cloralio.

Se oltre all'iperestesia psichica, od anche senza di questa, esistono degli stati di ipereccitabilità spinale, dei fenomeni neuralgici, iperestesici, di eccitabilità riflessa aumentata che, appena viene il sonno, si accompagnano a spavento ed a sussulti, sarà indicato il bromuro di potassio unito, secondo le circostanze, alla morfina, il primo tuttavia a dose non piccola, 4 gr.

Nelle psicosi a fondo neurastenico od isterico, come pure nel *delirium tremens*, giova talvolta il monobromuro di canfora (1) che agisce deprimendo il polso, abbassando la temperatura e come ipnotico e sedativo. La somministrazione di esso conviene soltanto in suppositorii (0,75 per dose).

Della virtù ipnotica degli impacchi di Priesnitz è stato parlato a pag. 377. Questi mi sembrarono giovevoli in certi casi di mania, massime puerperale, alternati col cloralio e cogli alcoolici.

In chi offre lunga e durevole tendenza all'insonnio si esaurisce facilmente l'influenza di un ipnotico ed è razionale, qualora non vi siano controindicazioni, alternarlo con altri mezzi succedanei.

Coll'acido lattico io non ho osservato alcun notevole successo contro l'insonnia.

c) ANTIAFRODISIACI.

Un sintoma frequente e infausto nelle malattie mentali è l'eccitamento nella sfera sessuale con successivo abbandono alla masturbazione. Generalmente l'eccitamento sessuale è da causa centrale. La materia medica indica numerosi antiafrodisiaci, ma il loro successo è in generale assai piccolo. Come più conformi allo scopo possono usarsi in prima linea i preparati bromici, poi la belladonna, la canfora monobromata, il lupolino, la canfora, gli oppiati, la tintura di veratro verde. Anche l'acido salicilico, dietro lungo uso, mostra di agire deprimendo l'istinto sessuale. La masturbazione è una complicazione disgra-

(1) BÖTTCHER, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 34, p. 622; FUNAIOLI, *id.* 36, p. 90.

ziata, che richiede molta considerazione. I medicamenti comuni dànno ben pochi risultati. Talvolta, massime nelle donne, la masturbazione è prodotta da stati periferici irritativi, quali gli oxiuri, il vaginismo, la leucorrea, il prurito. Oltre ad una corrispondente cura locale, si potranno usare i suppositori colle sostanze indicate. In generale i mezzi dietetici, i lavacri freddi, la pulizia, i bagni locali, la fatica corporea, l'astensione dai cibi irritanti, i vini robusti ecc., oltre ad una sorveglianza accurata dei malati ed un'appropriata cura psichica, sono i mezzi più giovevoli.

4. — Tonici.

Questi trovano numerose indicazioni nelle psicosi da debolezza causale e complicante e da impoverimento del sangue. Il principe dei rimedi qui è la buona cucina, poi la cantina e l'aria buona, oltre a certi rimedi fisici. Fra questi emergono l'idroterapia e la faradizzazione generale (1), introdotta da Beard e Rockwell. Nel campo idroterapico agiscono tonicamente le cure eccitanti d'acqua fredda, lievemente temperata, accompagnate a grande stimolo meccanico (Winternitz), in forma di bagni a pioggia di 1|2-3|4", bagnuoli freschi da 24 a 21° con coperte pesanti e fregagioni di 4-5" di durata, abluzioni in acqua di 20-12° e successiva energica frizione; finalmente gli stropicciamenti con lenzuoli umidi da 23-16°. Anche nell'inanizione, nell'anemia, nelle temperature subnormali sono da adottarsi questi ultimi e da praticarsi in tutta la superficie del corpo per 1|4 o 1|2 ora; allora soltanto si otterrà il voluto elevamento di temperatura.

Mi fu dato di impiegare la faradizzazione generale come tonico di primo rango. Non è dolorosa, purchè eseguita per bene ed è utilizzabile anche sui malati degenti in letto. Una bottiglia riempita d'acqua calda, munita di un polo a morsa, che si

(1) Beard e Rockwell, « Abhandlung über die Darstellung der Elektricität », trad. ted. di Väter, Praga 1874; Fischer, *Arch. f. Psych.* XII, H. 3.

unisce al polo negativo dell'apparecchio d'induzione e si applica al piede, riesce molto utile in pratica.

Anche per i preparati di china e di ferro si dànno importanti indicazioni, e non meno dicasi riguardo all'influenza tonica dell'ergotina e della noce vomica, impiegata da O. Müller fin dal 1867.

Riguardo all'azione tonica attribuita al fosforo dai medici del *West Riding asylum (Report* 1876*)* e da Williams, (*Journal. of ment. science* 1874) mi mancano esperienze personali.

5. — Dietetica somatica.

Nei disturbi mentali cronici la dieta (1) dev' essere corroborante, non sottraente; l'aria pura, la pulizia scrupolosa sono cose di per sè intelligibili. Anche l' intero tenore di vita dev' essere regolato, al che in un manicomio è provvisto con una disciplina comune. Il maggior numero dei malati (per lo più anemici) ha un grande bisogno di calore. Per molti malati il riposo è una prescrizione medica molto efficace.

In tutte le psicosi con segni di iperemia cerebrale e di marasmo, in quelle che compromettono la nutrizione, è indicata la prescrizione del letto, che agisce calmando e rinforzando, perchè facilita l' afflusso del sangue al capo, diminuisce il lavoro muscolare e rende lieve il consumo del calorico.

L'adempimento di queste condizioni igieniche, della pulizia, della sufficiente nutrizione, del riposo, del sufficiente calore offrono di frequente grandi difficoltà, in causa dello stato e del contegno dei malati. Molti di essi sono enormemente sporchi, manipolano feci, saliva, urina, o per lo meno si lasciano tutto sotto. Questo fatto tanto contrario all' igiene richiede un trattamento individuale (2). Nell' acme degli stati d' agitazione

(1) Franckel, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 36, H. 1: v. Gellhorn, *id.* 36, H. 6.

(2) Dagonet, *Traité,* pag. 616; Schüle *(Allg. Zeitschr. f. Psych.* 37, pag. 669*)* riferisce il sintoma dell' impulizia: 1) allo stordimento psichico e all' insufficienza motoria (demenza e stati d'esaurimento psichico); 2) alla perdita della direzione volontaria nei movimenti (mania); 3) alle idee deliranti (paranoici, melanconici), ed espone delle indicazioni terapeutiche piene di pregio.

non si può far molto. Dobbiamo qui limitarci a mettere i malati in uno scompartimento della casa in cui vi siano ottimo rinnovamento d'aria, buona calorificazione, acqua in abbondanza, pareti cementate, pavimento che non lasci vedere la terra, letti con materassi divisi in tre pezzi, e ciò durante l'agitazione. Nei malati calmi che manipolano le feci, si può combattere quest'abitudine promuovendo regolari evacuazioni con clisteri.

In certi malati semi-paralitici l'impulizia è il seguito di una insufficiente chiusura degli sfinteri e può cedere all'uso tonicizzante della noce vomica.

In certi melanconici ed ipocondriaci l'incontinenza è il seguito di un'iperestesia della mucosa rettale. Lo sfintere dell'ano si dilata quindi sotto l'influenza del menomo stimolo. Dagonet impiega in tali casi la belladonna.

Tutto quanto risguarda l'insufficiente riscaldamento delle camere dei malati, è còmpito precipuo della buona disposizione degli ambienti. Molti malati si spogliano dei loro abiti o li rompono. Con ciò l'inventario del guardaroba soffre ed il malato corre pericolo d'aver freddo. Vestiti di un solo pezzo di stoffa non lacerabile, non sbottonabili dai malati, guanti di cuoio, con una serratura a fibbia, scarpe chiuse con serratura o viti giovano spesso all'intento.

Se questi mezzi non bastano si tenga il malato in una cella calda, e se non tollera coperte lo si involga in un cumulo di alga o di crini.

L'ottenere la tranquillità dei malati in letto è talvolta soltanto possibile per mezzo della contenzione meccanica (1) (camicia di forza o di prevenzione). Si è inveito contro di essa e con ragione, perchè in addietro era adoperata abusivamente.

(1) Conolly, La cura dei pazzi senza contenzione meccanica; Dick, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 13, p. 354; Smith, *Med. Times* 1867, dic.; Hamilton Labatt, « Essay on the use and abuse of restraint », Dublino 1867; Dagonet, *Traité*, pag. 625; Laehr, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 36, p. 598; Schafer, *id.*, pag. 623; Westphal, *id.*, p. 640; Schüle, *Handb.*, p. 643.

Essa si mostra necessaria in certi casi in cui il riposo in letto è prescritto dal medico, e non può essere ottenuto con altro mezzo; così nei malati decrepiti agitati, i quali altrimenti cadrebbero presto in esaurimento, poi quando è necessario il chirurgo, nelle gravi operazioni oculari per impedire ai malati di maltrattarsi la parte offesa, finalmente nei masturbatori durante la notte. Naturalmente la contenzione meccanica dev' essere regolata dal medico. Richiedono una sorveglianza accurata nella maggior parte dei pazzi la funzione orinaria e l'intestinale, poichè i disturbi della coscienza, le idee deliranti, come anche i disturbi nell' innervazione alterano in generale quelle funzioni.

Fedeli all' indicazione generale di non amministrare alcun mezzo debilitante, si evitino i drastici e si cerchi di ottenere le evacuazioni con semplici clismi od anche coi clisteri misurati di Hegar, con acque amare artificiali o naturali, con mezzi salini. Se questi mezzi non bastano si ricorra alla senna, al rheum, al ranno, al ricino. In certi malati che soffrono di stitichezza abituale e che non voglion medicinali, si dia in una sola volta il colomelano (0,5), che facilmente si potrà far prendere nel latte.

In certe psicosi, in cui si ha stupore, la respirazione è imperfetta. Qui la corrente faradica può aver molto pregio, per combattere i pericoli dell' insufficiente respirazione.

6. — **Importanti sintomi isolati.**

Sitofobia (1). — Una disgraziata complicazione è l'opposizione positiva dei malati al prendere il cibo, la sitofobia. Per combatterla con esito è necessario anzitutto conoscerne la causa.

(1) Neumann, *Lehrb.* pag. 205; Jessen, « Wien. med. Wochen. » xi, 43-44; Leidesdorf, *id.* xvi, 44-46; Irrenfreund 1870; Williams, *Journ. of mental science* 1864; Moxey, *The Lancet* i, 22; Stiff, *id.* iii (alimentazione pel naso); Sutherland, *Brit Med. Journ.* 1872, maggio; « Annal. méd. psych. » 1874, settembre; Richarz ed Oebeke; *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 30; Eickholt, *id.* 37, pag. 162.

Essa può del pari essere fondata sopra momenti somatici (catarro gastrico, angina, coprostasi) come psichici (idee deliranti, allucinazioni). È sempre necessario un trattamento individuale. Quando esiste di continuo avversione al cibo, si lasci il malato in letto, dove il consumo muscolare e la perdita del calore proprio saranno minori. Si adoperino, per la pulizia della bocca, dei collutori di clorato di potassa o di acido salicilico. Lo stato delle forze suggerirà quando sia necessario un intervento attivo. Col riposo in letto, essendo buona la nutrizione del malato, quando la bocca sia pulita ed il malato prenda almeno dell'acqua, può ritardarsi l'alimentazione artificiale fino al 6°-8° giorno. Se i clisteri nutritivi, l'introduzione di alimenti liquidi per la lacuna postdentaria, se l'uso della biberola non ottengon lo scopo, deve ricorrersi all'alimentazione forzata. A questo fine bastano uno *speculum oris*, una sonda esofogea unta ed un imbuto che le si adatti. La sonda può essere introdotta pel naso, ma però con questo sistema si vanno osservando emorragie, ulcerazioni della mucosa, eventualmente anche delle risipole; può essere introdotta per la bocca e qui si urta contro l'ostacolo dell'apertura delle mascelle. Talvolta questo può essere vinto in via riflessa mediante il titillamento delle fauci colla barba di una penna o mediante la pressione dolorosa esercitata sulla mucosa del labbro inferiore nel punto in cui questa si continua colla pelle. Un assistente immette allora lo speculum chiuso fra le mascelle ed apre le sue branche. Il malato dev'ssere semiseduto in letto oppure sopra una sedia con alto schienale, tenuto da un infermiere. Così la resistenza del malato, che tende a chiudere i denti, è facilmente vinta e può la sonda essere introdotta, sempre però sulla guida dell'indice dell'altra mano. Prima di introdurre il nutrimento bisogna esser certi che la sonda sia realmente nello stomaco e non già (come talvolta nell'alimentazione pel naso) dietro la faringe, nella cavità boccale od anche nelle vie aeree. La tosse, gli accessi di soffocamento, l'ansia, la cianosi, l'inspirazione rumorosa, oltre ai rumori della espirazione (i rumori quando la sonda

è nello stomaco sono soltanto espiratori) ci metteranno in guardia dai pericoli.

La sostanza liquida che si dà per nutrimento (latte, ova, brodo, olio di fegato, vino) deve essere filtrata acciocchè non contenga briciole che otturino la sonda. Il liquido quando è introdotto direttamente nello stomaco, non avendo campo di raffreddarsi nella cavità della bocca, dev'essere tiepido. La bocca e le fauci debbono essere vuote di liquidi durante l'alimentazione. Se mediante l'immissione di poche goccie di liquido si è convinti che non si è nella via dello stomaco, allora si tralasci al più presto. Meglio dell'imbuto e della pressione idrostatica giova spesso lo schizzetto, col quale si può vincere una qualche resistenza al passaggio del cibo. In generale bastano due alimentazioni per giorno. Nei malati che rifiutarono lungamente il cibo, ed il loro stomaco ne comporta perciò poco, si pratichi l'alimentazione una volta con poco cibo e non irritante (latte ed ova), poichè altrimenti verrebbe il vomito. Esiste la tendenza a questo, ed allora si diano prima alcune goccie di cloroformio. Non di rado il malato oppone resistenza anche durante l'alimentazione, e procura di rigurgitare facendo sforzi muscolari coll'addome. In questi casi occorre una sonda colla valvula o, in mancanza di essa, basta la chiusura col dito e la contemporanea distrazione ed intimidazione del malato. Se il malato rigurgita molto, se si accumula liquido nella faringe, deve essere presto levata la sonda.

L'alimentazione forzata è talvolta il solo mezzo per salvare la vita dei malati. Essa non deve praticarsi troppo presto, ma neppure troppo tardi. I pericoli inerenti ad essa, oltre al penetrare nelle vie aeree, alla lacerazione della parete posteriore della faringe o dell'esofago con suppurazione del connettivo retrofaringeo, consistono anche nella penetrazione (con suppurazione) nel mediastino posteriore, possibile tuttavia specialmente colle manovre incaute e rozze, nell'introduzione di particelle di cibo o di brandelli di mucosa nelle vie aeree, possibili origini di pneumonite lobulare e persino di cancrena polmonare.

Nei malati con minacciante paralisi bulbare (delirio acuto, demenza paralitica) dovrebbe darsi la preferenza all'alimentazione per le narici, poichè con essa la sonda incomoda poco la laringe.

I vantaggi e gli inconvenienti dell'alimentazione pel naso o per la bocca si contrabbilanciano.

Ansia precordiale. — La prima precauzione da aversi davanti a questo sintoma è la continua sorveglianza del malato, che in un baleno può portar le mani contro di sè o commettere azioni dannose al mondo esterno. Per i gradi più miti bastano i bagni tiepidi, i senapismi all'epigastrio, l'acqua di mandorle amare, l'estratto di belladonna. I denutriti e gli anemici sono da tenersi in letto.

Nei casi gravi gli oppiati si appalesano sommamente calmanti. Quando vi è polso piccolo, depresso, tardo, sono indicati in unione all'acido acetico, e quando il polso è frequente e l'attività cardiaca sregolata, in unione alla tintura di digitale. Si mostra più influente l'oppio per via ipodermica (precordii), massime nelle neuralgie e paralgesie che decorrono insieme all'ansia (iniezioni nel luogo dolente).

Anche il cloralio idrato può troncare gli accessi di ansia precordiale, massime nei masturbatori e sopratutto nei neurastenici.

Allucinazioni. — Fin da Michéa e da altri vecchi medici fu impiegata la tintura di strammonio contro le allucinazioni. L'odierna dottrina, essendo a cognizione delle diverse significazioni ed origini delle allucinazioni, non può calcolare sopra uno specifico. La parte psichica delle allucinazioni non è accessibile ad alcun trattamento diretto, e la loro cura va confusa insieme a quella degli altri fenomeni psichici.

Contro le allucinazioni acustiche con iperestesia sensoriale si può tentare la corrente costante colla sua influenza anelettrotonica sedativa. In simili condizioni (allucinazioni stabili, eretistiche) io ho avuto a lodarmi di un trattamento metodico colla morfina.

Non senza influenza sono la luce ed il rumore.

Certi malati hanno un maggior numero di visioni nell'oscurità. Gli auroallucinati sentono un maggior numero di voci quando sono isolati. Queste cose sono da aversi in mente, però non forniscono argomento ad una regola generale.

Nelle allucinazioni localizzate ad un orecchio o ad un occhio, quando esistono senz' altro, è a pensarsi ad un' origine loro nel campo periferico dei nervi sensoriali; richieggono almeno un esame oftalmoscopio od otiatrico che, secondo le circostanze, può fornire indicazioni terapeutiche.

Osservazione XI.

Voci localizzate ad un orecchio di contenuto persecutorio, con iperestesia acustica e rumori subbiettivi. Guarigione colla morfina e colla cura galvanica locale, secondo Brenner.

Hauptman E. in P., israelita, mi consultò il 12 marzo 1881 per insonnio, rumor d' orecchi e voci tormentose che lo avevano condotto vicino al delirio. Fin da 35 anni aveva avuto una malattia, fu all'ospedale dove venne curato con morfina e bagni, e dopo 10 settimane guarì. Fin dalla gioventù è emorroidario ed entra in grande irritabilità quando la defecazione è turbata; fino a 2 anni fa aveva avuto considerevoli perdite sanguigne. È noto l'elemento ereditario in forma di malattie nervose. Il malato condusse sempre una vita ritirata e sobria. Soffre di strepiti e rumori all'orecchio sinistro, come di una caduta d'acqua. L'acutezza dell'udito non ha sofferto. Da tre mesi si osserva senza posa un senso di peso al vertice ed all'occipite, il sonno turbato, grande irritabilità, voci penose all'orecchio sinistro, aumento dei rumori. Da principio le voci apparivano solo alla notte. Sentivasi dire: « porco, giudeo ». Gli venne in mente che fosse la voce del padrone di casa.

Il paziente capiva dapprima di essere allucinato, ma le voci si facevano sempre più notevoli; cominciò a sentirle anche di giorno per strada ed a spaventarsene. Il contenuto delle voci era sempre lo stesso: « porco, giudeo ». Le sentiva come se fossero molto vicine, come se gli fossero susurrate all'orecchio sinistro a bassa voce, coll' orecchio destro le sentiva più forti.

Il paziente è depresso, teme di diventar pazzo. È cosciente de' suoi disturbi sensoriali, ma si lamenta di subirne l' incubo. L'esame corporeo non rivela nulla di considerevole oltre le emorroidi. Le arterie non sono

rigide, non vi ha alcun segno di senilità. L'udito è uguale ad entrambe le orecchie. All'esame otoscopico nessun'alterazione nel timpano e nella tuba.

Alla sera morfina (0,01-0,015) ed ogni 2 giorni corrente galvanica col metodo di Brenner, con 10 elementi Stöhrer.

Le voci dopo pochi giorni si fanno più rare e scompaiono quando il malato è occupato mentalmente. Le notti sono migliori. Il 6 aprile le voci esistono ancora prima di addormentarsi. I rumori li sente più verso sera. Perfettamente a giorno delle sue allucinazioni, che sono maggiori quando il malato vi rivolge l'attenzione.

17 aprile. Rumori e suoni come di un lontano canto; senti a sinistra una notte: « il pazzo appartiene al manicomio », parole ripetute circa trenta volte. Fin dal 2 giugno si adopera la morfina. In luglio i rumori sono scomparsi quasi del tutto colla cura galvanica e così pure l'iperestesia acustica a sinistra è scomparsa. Fin dagli ultimi di giugno le voci non si sono fatte sentire.

Guarigione completa.

II. — La cura psichica (1).

Di non minore importanza, anzi ancor più estesa, è il trattamento psichico dei malati. Qui non si tratta di un mezzo che il medico cava dalla farmacia, ma che egli stesso prepara e dispensa, sia di propria persona, sia per mezzo dell'apparato che gli forniscono lo stabilimento ed i suoi regolamenti.

La clinica psichiatrica ha il compito di rendere accessibile questo importante lato del medico sapere. Essa è necessaria al medico colto, che ne trae ampii frutti anche al letto di un malato puramente somatico, poichè la retta diagnosi e la ricetta non sono il solo compito del medico, ma altresì molto egli ricava dal modo con cui conversa col malato e dall'impressione personale che egli fa a questo. I ciarlatani sono spesso medici morali più influenti dei veri medici. I reali successi dei dottori popolari, dei pellegrini, taumaturghi, le acque sante, gli esorcismi, agiscono almeno sulla credenza dei malati e sono basati sulla confidenza nei mezzi psichici.

(1) Obersteiner, *Vierteljahrsschr. f. Psych.* 1868, H. 3 e 4, p. 347; Stahl, Irrenfreund 1872, 10; Hagen, *Studien* 1870, *Journ. of ment. science* 1874.

Il sapere diagnostico e terapeutico dei medici essendo anche uguali, possono però esser diversi i risultati, poichè l'uso dei mezzi psichici presenta molte varietà. Certi medici posseggono la proprietà di influire psichicamente, in grazia di un felice carattere e l'esercitano istintivamente; furono sempre i più grandi quei medici che, oltre al reale sapere furono capaci di ricavare dalla loro esperienza dei principii di una cura psichica individualmente adeguata.

Pare quasi impossibile ricavare una regola sul modo di contenersi, quando un individuo soffre il contatto psichico di un'altro, ed un'influenza psichica ne deve derivare dall'uno sull'altro. Perciò possono soltanto emettersi delle considerazioni generali per impedire che certe fasi della malattia si diffondono e farle oggetto di studio.

Il caso concreto sfugge alle considerazioni generali, come ugualmente la materia medica psichica è inesauribile. In alcuni casi agisce come mezzo morale uno sguardo, una parola adatta, in altri la concessione di una cosa desiderata, una presa di tabacco ecc. Così in questi dati individualizzantisi sta l'interessante, ma tuttavia anche il difficile della cura psichica, la quale può essere ben appresa, ma non metodicamente insegnata.

Il trattamento psichico dei pazzi deve possibilmente tener discosta l'una dall'altra due fasi della malattia: il periodo dell'acme dal periodo di stabilità, sia periodico, sia per decadimento psichico.

Nel periodo dello sviluppo e dell'acme il trattamento psichico è prevalentemente negativo, consiste nel rimuovere le influenze psichiche nocive, in distrazioni, incoraggiamenti, istruzioni, influenze religiose, astenendosi dalle minacce e dagli esorcismi.

Tutte queste influenze possono soltanto nuocere, eccitare, inasprire.

La regola fondamentale di ogni terapia psichica in questi stadi della malattia si è di circondare i malati della maggior quiete possibile. Il melanconico ha bisogno di questa poichè egli da tutte le influenze psichiche, anche le più aggradevoli, non ricava che impressioni dolorose; il maniaco perchè da ogni

impressione riceve eccitamento; l'esaurito poichè ogni influenza psichica gli porta lavoro ed esaurimento.

Più che mai irrazionale gli è il voler dissuadere il malato dalle sue idee deliranti. Queste sono sintomi di una cerebropatia, che vanno e vengono con questa. Qui non giova alcuna dialettica, alcun logico ragionamento. La miglior cosa sarà di rimaner passivi, di finger di ignorarle, di volger il discorso ad altro tema e di allontanare tutto ciò che le può richiamare alla coscienza del malato. Questo sia isolato possibilmente, colle sue idee deliranti. Sarebbe una grande mancanza di abilità trattenere direttamente il malato sul suo delirio e con ciò rinforzarne l' intensità. In molti casi però non basta tenere un contegno passivo limitandosi a tener lontane le influenze nocive. Il malato ha bisogno di un reale isolamento. Molto ben si conviene, come mezzo d' isolamento dagli stimoli dal mondo esterno, la collocazione in un manicomio colle disposizioni ad esso inerenti, dietetiche, psichiche e somatiche. Il malato qui rimane sottratto allo scherno di uomini rozzi, all' influenza sfavorevole degli amici e parenti, alle sregolatezze della vita sociale, famigliare, all' osteria, all' influenza pericolosa di sconvenienti ed inopportune pratiche religiose, ed è messo in condizioni favorevoli a combattere la malattia; poichè il manicomio, oltre agli opportuni mezzi di cura, procura un completo isolamento al malato da tutte le influenze del mondo esterno, fornendogli all'occorrenza una camera separata. Spesso la cella d' isolamento è richiesta per evitare pericoli al malato o ad altri, pel sudiciume, pel furore del malato; ma non si dimentichi però che questo è un mezzo potente di calma e di cura solo nelle mani del medico pratico. Tale isolamento fatto inopportunamente, o troppo lungamente protratto, può apportare serio nocumento al malato. Le indicazioni di esso sono gli stati di iperestesia psichica o sensoriale, di grande irritabilità di quei malati, che non sopportano affatto un contatto col mondo esterno e che per questo rimangono agitati; così nell'acme della melanconia agitata, della mania. L'isolamento, riguardo alla austerità della sua esecuzione, deve sempre cor-

rispondere nel più ampio senso allo stato speciale dell' eccitamento e dell' eccitabilità.

Nell'acme della malattia e quando si ha un'esagerata iperestesia degli organi sensoriali, la cella deve esser protetta dalla luce diretta del giorno, e di notte soltanto scarsamente illuminata. Si deve cercare, con conveniente disposizione, di tener lontani i rumori del vicinato.

Che le file delle *celle per furiosi*, messe le une accanto le altre in forma di così detti *scompartimenti per furiosi*, come si vede in molti manicomi, servano solo a scopo di detenzione e non possano servire per scopi curativi, è cosa di per sè chiara.

Il commercio del personale sanitario coi malati è il più che sia possibile da limitarsi. Se l'eccitamento diminuisce, allora si rallenti convenientemente l'austerità dell'isolamento, si esponga il malato in piena luce, al commercio cogli altri malati, gli si concedano letture dilettevoli e lavori manuali, lo si collochi in una stanza comune, lo si faccia passeggiare con una guardia.

Finalmente l'isolamento che per sè il manicomio procura, può esser addolcito dai rapporti e dalle corrispondenze col mondo esterno, dalle visite degli amici, dei parenti, dei vicini, dai divertimenti.

Nel secondo periodo della malattia, in cui questa prende buona o cattiva piega, può la terapia psichica avere un intervento attivo.

Qui si palesa tutta l'utilità dell'alienista nell'esatta cognizione dell' individualità del malato, nel guidarlo alla primitiva mentale personalità o almeno salvarlo dalla rovina e dal naufragio mentale.

In molti malati col miglioramento si ristabilisce pronta e spontanea la primitiva personalità mentale, ed un manicomio ben regolato colla sua biblioteca, sale di musica, da giuoco, giardini, parchi, officine ecc., offre un mezzo utile per guidare alla guarigione.

In molti malati, dal punto cardinale delle loro sofferenze, è necessario un intervento attivo per liberarli dall' abituale fissazione, per la quale viene alterato il loro meccanismo mentale.

Le idee deliranti persistenti devono essere combattute non colla logica e la dialettica, ma colle armi dello scherzo amichevole e del conforto. Le sorprese con lettere o visite dei parenti creduti morti, aiutano spesso a vincere gli ultimi dubbi. Uno dei migliori mezzi di aiutare il malato a ritornare su di sè stesso e a liberarsi dai resti della malattia, risiede nelle visite ricevute di buon'ora, nell'intraprendere i rapporti cessati, i lavori .massime di giardini o di campi, che altresi rinforzano il corpo. Talvolta occorre qualche piccola punizione, una dolce restrizione, il togliere al malato un premio ecc., per ristabilirne la personalità psichica. Anche quando l'esito della malattia è infausto e subentra l'indebolimento mentale, la terapia psichica ha un campo vasto. Qui giova salvare ciò che è possibile, ossia preservare i malati dagli abissi di una profonda demenza. Mezzo principale a tal uopo si è qui l'occupazione dei malati, il tenerli regolati e puliti. Numerosi infelici che abbandonati a loro stessi cadrebbero nel sudiciume e nella demenza, l'apparato manicomiale conserva in un tollerabile livello mentale e rende loro possibile il mettere utilmente in opera il resto della loro energia mentale. Talvolta idee deliranti di grandezza (imperatore ecc.) impediscono a certi malati di darsi al lavoro, o imprimono nei loro lavori una direzione falsata come pure al loro contatto coi vicini. In questi malati inguaribili e senza affetti potrà una repressione talvolta mettere freno alle idee deliranti, ma non curare adeguatamente il delirio.

Leuret ha istituito un così detto trattamento morale e si è creduto di aver guarito i suoi malati per mezzo dell'intimidazione. Qui non si tratta di cura alcuna, ma di destrezza d'ordine psichico, che può tuttavia avere il suo valore sui malati.

Mezzi comodi per disciplinare malati inguaribili sono la corrente faradica e la doccia a pioggia.

CAPITOLO VI

La cura nello stadio della convalescenza.

Anche nel periodo della convalescenza il malato ha bisogno dell' opera accurata del medico. Il ritorno dei processi somatici e mentali alla norma deve essere sorvegliato; i leggeri avanzi della malattia che va a cessare forniscono indicazioni; la cura per es. può non aver del tutto vinto certi disturbi vegetativi (anemia, uteropatia) che potrebbero ancora avere grande influenza.

Spesso esiste anche per lungo tempo l' insonnio che merita attenzione e prescrizioni mediche adeguate. Che la tensione e l'esaurimento corporeo, quali vengono dopo gravi malattie, debbano esser curati, non con mezzi stimolanti, ma dieteticamente, è necessario appena il ricordare.

Il convalescente è ancora psichicamente debole, commovibile, sensibile, e si mette in orgasmo specialmente dopo una visita della famiglia. Qui vale il temporeggiare. Le ripetute visite dei parenti bisogna impedirle poichè per lo più conducono ad una dimissione prematura e facilitano perciò le recidive.

Le dimissioni premature sono sempre pericolose, massime quando il malato appena guarito ritrova miseria e spesso anche lo scherno, il disprezzo, un trattamento aspro.

Ogni convalescente dovrebbe rimanere per un tempo in quarantena prima di lasciare il manicomio, e solo gradatamente mettere a cimento la sua capacità psichica funzionale.

In rari casi, in individui di mente limitata, eccitabili, nostalgici, una lunga chiusura nel manicomio può essere peri-

colosa (1). Si deve allora fra due mali scegliere il minore e mandarli in nome di Dio, affine di evitare una recidiva nel manicomio stesso.

Dove le condizioni lo permettessero, il risanato dovrebbe sempre, prima di ritornare alla sua vita famigliare, restare qualche tempo presso una famiglia di amici, soggiornare in campagna, fare un viaggio.

Inoltre possono nel caso sempre eseguirsi le indicazioni mediche, come i bagni di mare, l'idroterapia comune, la cura climaterica, ecc.

(1) Sull'utilità di una pronta dimissione v. *Irrenfreund* 1871, 2, 1876, 5. 6; TAGUET, *Annal. med. psych.* 1879, sett.

INDICE DEL PRIMO VOLUME

PREFAZIONE dell' Autore alla traduzione italiana . . . Pag. VII
PREFAZIONE dei Traduttori . . . . » XI

SEZIONE I. *Introduzione allo studio della psichiatria* . . » 1
CAP. I. L'organo dell' attività psichica . . . » 1
CAP. II. La pazzia è una malattia del cervello . . . » 19
CAP. III. Sguardo storico sullo sviluppo della psichiatria come scienza . . . . » 23
CAP. IV. Le analogie della pazzia . . . . . . » 40

SEZIONE II. *I disturbi elementari delle funzioni cerebrali nella pazzia* . . . . » 53
CAP. I. I disturbi psichici elementari. — Preliminari psicologici » 55
CAP. II. Disturbi psichici elementari. — Le anomalie del sentimento (Gemüth) . . . . . . » 63
1) Disturbi nel contenuto. — Morbose disposizioni dell' animo . . . . » 63
2) Disturbi nella disposizione formale dei moti dell' animo . . . . » 67
a) Anomalie dell' emotività . . . » 67
b) Anomalie nell' intensità della reazione emotiva » 73
c) Anomalie nel colorito dei sentimenti . . » 75
CAP. III. Disturbi psichici elementari. Anomalie del lato ideativo della vita psichica . . . . . . » 78
1. Disturbi formali nelle idee . . . . . » 78

a) Disordini nella celerità del corso delle idee Pag. 79
b) Disturbi nell'associazione . . . . » 83
c) Disturbi nella quantità delle idee. Idee fisse » 84
d) Disturbi nell'appercezione . . . . . » 90
e) Disturbi nella riproduzione identica delle idee (Memoria) . . . . » 92
f) Anomalie della riproduzione delle idee in forma differente (fantasia) . . . . » 94
2. Mutamenti nel contenuto delle idee. Idee deliranti . . . . » 94
Cap. IV. Disturbi nel lato motorio della vita psichica. (Istinto e volontà) . . . . » 102
1. Disturbi nella vita istintiva . . . . . » 102
a) Anomalie dell'istinto di nutrizione . . » 102
b) Anomalie dell'istinto sessuale . . . » 104
2. Atti impulsivi . . . . » 114
3. Disturbi psicomotori . . . . . . » 115
a) Agitazione motoria dei maniaci . . » 116
b) Azioni psichiche riflesse nei melanconici e nei deliranti . . . . » 118
c) Movimenti coatti negli stati d'indebolimento psichico . . . . » 118
d) Tetania . . . . » 119
e) Catalessi . . . . » 120
4. Disturbi della volontà . . . . . . » 121
5. Disturbi del libero arbitrio . . . . . » 124
Cap. V. Disturbi elementari della coscienza . . . . . » 126
Cap. VI. I disturbi del linguaggio nella pazzia . . . » 132
Cap. VII. I disturbi psico-sensoriali . . . . . . » 136
1. L'allucinazione . . . . » 136
2. L'illusione . . . . » 144
I delirii sensoriali nella pazzia . . . » 148
Cap. VIII. Disturbi delle funzioni sensitive . . . . » 153
1. Anestesie . . . . » 153
2. Iperestesie . . . . » 155
Cap. IX. Disturbi delle funzioni motorie . . . . . » 160
Cap. X. Disturbi nel campo dei nervi vasomotori . . » 163
Cap. XI. Disturbi nel campo delle funzioni trofiche . . » 168
Cap. XII. Disturbi delle funzioni secretorie . . . . . » 171
Cap. XIII. Disturbi nella sfera delle funzioni vitali . . . » 176

SEZIONE III. *Le cause della pazzia* . . . . . . Pag. 181
I. Cause predisponenti . . . . . . » 185
1. Predisponenti generali . . . . . . » 185
Civilizzazione . . . . » 185
Nazionalità. — Climi. — Stagioni . . . » 188
Sesso . . . . » 189
Religione . . . . . . » 191
Stato Civile . . . . » 192
Età . . . . » 193
a) Infanzia . . . . » 194
b) Epoca della pubertà . . . . » 196
c) Età dello sviluppo massimo corporeo e mentale . . . . . . » 202
d) Vecchiaia . . . . » 204
Circostanze della vita. — Occupazioni . . » 205
Prigionia . . . . » 209
2. Cause predisponenti individuali . . . . » 211
Eredità . . . . » 211
Costituzione neuropatica . . . . . » 219
Educazione . . . . » 220
II. Cause accessorie od occasionali . . . » 222
1. Cause psichiche . . . . » 222
2. Cause somatiche. Malattie cerebrali . . » 225
Meningite . . . . » 225
Malattie cerebrali a focolaio . . . » 225
Malattie del midollo spinale . . . . . » 229
Affezioni dei nervi periferici . . . . . » 230
Neurosi generali . . . . » 231
Chorea minor . . . . » 231
Morbus Basedow . . . . . . » 231
Epilessia . . . . » 232
Malattie acute costituzionali . . . . . » 233
Tifo . . . . » 236
Vaiolo . . . . » 239
Febbre intermittente . . . . . » 240
Reumatismo articolare acuto . . . » 240
Pneumonite . . . . » 242
Cholera . . . . » 243
Malattie croniche costituzionali . . . » 243
Tubercolosi polmonare . . . . . » 245
Sifilide . . . . » 245

Malattie croniche locali . . . . . . Pag. 246
Malattie dello stomaco e degli intestini . » 247
Malattie di cuore . . . . . . » 248
Malattie renali . . . . » 249
Malattie degli organi sessuali della donna . » 249
Eccessi sessuali . . . . » 253
Gravidanza. — Parto. — Puerperio. — Allattamento . . . . » 258
Mania puerperale . . . . . . » 261
La pazzia per intossicazione . . . . » 263
Alcool . . . . » 263
Narcotici . . . . » 267
Veleni metallici . . . . » 269
Psicosi da piombo . . . . . . » 269
Psicosi idrargiriche . . . . . » 273
Gaz venefici . . . . » 273

SEZIONE IV. *Decorso, durata, esiti e prognosi delle malattie mentali* » 274
Cap. I. Decorso e durata della pazzia . . . . . » 274
1. Pazzia acuta cronica . . . . . . » 275
a) Pazzia subacuta e cronica in forma di accesso unico . . . . » 275
Psicosi combinate . . . . . . » 281
b) Pazzia cronica con ripetizione periodica degli accessi . . . . » 283
2. La pazzia transitoria . . . . . . » 284
a) Mania transitoria . . . . . . » 286
b) Stati di ansia transitoria . . . . . . » 290
c) Stati affettivi patologici . . . . . . » 292
d) Stati di reazione alcoolica patologica . . » 297
Cap. II. Morbilità. — Principali malattie intercorrenti . » 298
Cap. III. Prognosi della pazzia . . . . » 305
1. Prognosi quoad vitam . . . . » 306
2. Prognosi della guaribilità . . . . . » 307
a) Durata . . . . » 307
b) Decorso . . . . » 308
c) Etiologia . . . . » 309
d) A seconda dei sintomi. *a*) Psichici . » 312
b) Somatici . » 313
3. Prognosi sulla recidiva . . . . . . » 315
4. Prognosi sull'eredità . . . . . . » 316

SEZIONE V. *Diagnostica generale* . . . Pag. 319
a) Cambiamenti del carattere . » 328
b) Idee deliranti . . . . » 329
Simulazione . . . . » 330
APPENDICE. Schema per l'esame dello stato mentale . . » 337
I. Anamnesi . . . . » 337
a) Albero genealogico e condizioni di salute della famiglia . . . . » 337
b) Condizioni di salute e costituzione dell'individuo » 338
II. Stato presente . . . . » 341
a) Esame corporeo . . » 341
b) Esame psichico . . . . . . » 343

SEZIONE VI. *Terapia generale* . . . . . » 345
CAP. I. Considerazioni generali . . . . » 345
CAP. II. La profilassi delle psicosi . . . . . . » 348
CAP. III. La cura nei primordi della pazzia . . . » 351
CAP. IV. Il Manicomio . . . . . » 355
CAP. V. La cura nella malattia già dichiarata . . » 360
I. Cura somatica con mezzi fisici e chimici . » 360
1. Mezzi per ostacolare l'afflusso di sangue al capo . . . . . » 361
a) Colla diminuzione della quantità del sangue. — Sottrazioni sanguigne . » 361
b) Colla depressione dell'attività cardiaca . » 362
c) Colla dilatazione delle vie vasali periferiche » 363
d) Colla costrizione delle vie vasali del cervello » 363
Idroterapia . . » 363
Stimoli cutanei . . . » 363
Medicamenti . . » 364
2. Mezzi che promuovono l'afflusso di sangue al capo . . . . » 364
a) Per aumento dell'attività cardiaca » 364
b) Per dilatazione delle vie vasali del cervello » 365
3. Mezzi calmanti che diminuiscono il forte eccitamento e moderano l'eccitabilità . . » 367
a) Mezzi calmanti generali. — Narcotici » 367
Oppio . . . . » 367
Morfina . . . . . . » 369
Bromuro di potassio . . . . » 372
Iosciamina . . . . » 375

Mezzi sedativi, fisici e dietetici . . Pag 376
b) Sonniferi . . . . » 377
c) Antiafrodisiaci . . . . . » 380
4 Tonici . . . . » 381
5. Dietetica somatica . . . . . . » 382
6. Importanti sintomi isolati . . . » 384
Sitofobia . . . . » 384
Ansia precordiale . . . . » 387
Allucinazioni . . . . . » 387
II. La cura psichica . . . . . . » 389
Cap. VI. La cura nello stadio della convalescenza . . . » 394

FINE DEL VOLUME PRIMO.